

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Fakulta přírodovědně – humanitní a pedagogická
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor (kombinace): Speciální pedagogika pro vychovatele

PORUCHY CHOVÁNÍ JAKO SEKUNDÁRNÍ SYMPTOM LMD (ADHD,ADD) A JEJICH PROJEVY VE VÝUCE NA ZŠ

Disorders of behavior as secondary symptom LMD (ADHD,ADD) their manifestation in the elementary school

Bakalářská práce: 08–FP-KSS-1024

Autor:
Věra MELICHAROVÁ

Podpis:

Adresa:
Lounská 1091/44
405 02 Děčín VI

Vedoucí práce: PhDr. Renáta Faltýnová

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
69	11	0	4	25	3+1CD

V Liberci dne: 15.04.2009

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:

Věra Melicharová

Adresa:

Lounská 1091/44, 405 02 Děčín 6

Studijní program:

Speciální pedagogika

Studijní obor:

Speciální pedagogika pro vychovatele

Kód oboru:

7506R029

Název práce:

PORUCHY CHOVÁNÍ JAKO SEKUNDÁRNÍ
SYMPTOM LMD (ADHD, ADD) A JEJICH
PROJEVY NA ZŠ

Název práce v angličtině:

DISORDERS OF BEHAVIOUR AS SECONDARY
SYMPTOM LMD (ADHD, ADD) AND THEIR
MANIFESTATION IN THE ELEMENTARY SCHOOL

Vedoucí práce:

PhDr. Renata Chabarovová

Termín odevzdání práce:

15. 04. 2009

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí katedry

Zadání převzal (student): Věra Melicharová

Datum: 28.2.2008

Podpis studenta:

Cíl práce:

Popsat a analyzovat možnosti práce učitele s dětmi s LMD a způsob usměrňování jejich projevů.

Základní literatura:

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X

MICHALOVÁ, Z. *Sondy do problematiky SPCH*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobíáš, 2007. ISBN 80-7311-075-X

MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 2. vyd. Praha: Portál 2006. ISBN 80-7367-188-3

NOVOTNÁ, M., KREMLÍČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1. vyd. Praha: SPN, 1997. IS BN 80-95937-60-3

PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada 2007. ISBN 987-80-247-1426-4

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 15.04.2009

Věra Melicharová

Poděkování

Za kvalitní vedení, čas, ochotu a inspirující připomínky k mé bakalářské práci děkuji PhDr. Renátě Faltýnové.

Zároveň děkuji kolegům a kolegyním ZŠ Želenice v Děčíně za cenné praktické připomínky a rodinným příslušníkům za trpělivost, pomoc a emoční podporu.

Věra Melicharová

Název bakalářské práce: Poruchy chování jako sekundární symptom LMD (ADHD,ADD) a jejich projevy ve výuce na ZŠ

Název bakalářské práce: Disorders of behavior as secondary symptom LMD (ADHD,ADD) their manifestation in the elementary school

Jméno a příjmení autora: Věra Melicharová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2009

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Renáta Faltýnová

ANOTACE:

Bakalářská práce se zabývá analýzou přístupu učitelů k dětem s ADHD/ADD na základní škole. Předmětem zkoumání je otázka, zda se mohou u žáků s ADHD při vhodném působení učitele a výběru metod zmírnit některé rysy problematického chování ve škole a zda je integrace dětí se symptomatickou poruchou chování do ZŠ možná a přijatelná.

Cílem první části je uvedení do poruch chování na bázi LMD, objasnění jejich etiologie, projevů a příčin, které mohou mít za následek negativní dopad na chování žáků ve škole a jejich celkové začlenění do společnosti. Většina dětí s diagnózou ADHD se od ostatních vrstevníků ve škole odlišuje v projevech chování nadměrnou impulzivitou a hyperaktivitou. Z toho důvodu je bakalářská práce zaměřena z větší části na symptomatické poruchy chování a to zejména ADHD/ADD.

Ve druhé části bakalářské práce pomocí metody obsahové analýzy, pozorováním a nestandardního dotazníku jsou potvrzeny či vyvráceny předpoklady o vhodném a úspěšném využití doporučených metod při práci s dětmi s LMD. Dále je potvrzeno, že metody, které učitelé používají, mohou mírnit projevy symptomatických poruch chování, ale zároveň při své možnosti použití mohou být omezené.

Předpoklady jsou potvrzeny na základě zkušeností učitelů při dlouhodobé práci s dětmi s ADHD, studií odborných zpráv a doporučení ze specializovaných pedagogicko-psychologických pracovišť, získáváním nových poznatků o této problematice a informovanosti mezi pedagogickou a rodičovskou veřejností.

Klíčová slova: porucha chování, hyperkinetický syndrom, integrace, emoční labilita, syndrom, centrální nervová soustava, vývojové, výchovné, diagnostika, specifické, nespecifické, impulzivita, hyperaktivita

ANNOTATION:

The work concentrates on analysis of the approach of teachers to children with ADHD/ADD at the elementary school. The subject of research is whether or not some signs of behavior of students with ADHD can be reduced by the influence of the teacher, by the selection of suitable methods, and to decide whether or not integration of children with the symptomatic behaviour disorder into the elementary school is possible and acceptable

The objective of the first part was introduction into LMD based behaviour disorders, clarification of their etiology, signs and causes, which can have negative impact on student's behavior at school and their integration into society. The majority of children with the ADHD anamnesis differ from their peers by abnormal impulsivity and hyperactivity. Because of that, this work concentrates on symptomatic behaviour disorder and particularly on ADHD/ADD.

In the second part of the work the assumptions of the successful utilization of suitable recommended methods of work with children with LMD were confirmed or denied using content analysis. Further, it was to determine whether such methods can reduce the signs of behaviour disorder and whether or not these methods are limited.

The assumptions are confirmed with the personal experience of teachers during long term work with children with ADHD, by studies of expert reports and recommendations from specialized pedagogic/psychological institutes, and further by obtaining new findings and information exchange between the teachers and the parents.

Key words: behaviour disorder, hyperkinetic syndrome, integration, emotional instability (lability), syndrome, central nervous system, developmental, educational, diagnostics, specific, nonspecific, impulsivity, hyperactivity

ANNOTATION:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Analyse der Lehrereinstellung zu den Kindern mit ADHS / ADD in der Grundschule. Der Betreff der Untersuchung war die Frage, ob sich bei den Schülern mit ADHS bei passender Lehrerwirkung und Methodenauswahl einige Eigenschaften des Problemverhaltens vermindern lassen und ob die Kinderintegration mit symptomatischer Verhaltensstörung in die Grundschule möglich und akzeptabel ist.

Das Ziel des ersten Teiles ist die Einführung in Problematik der Verhaltensstörung auf der LMD Basis, Aufklärung deren Ätiologie, Bezeichnungen und Ursachen, die möglicherweise negative Auswirkungen auf das Verhalten der Schüler in der Schule und ihre Gesamtintegration in die Gesellschaft haben können. Die meisten Kinder mit der Diagnose ADHS unterscheiden sich von anderen Zeitgenossen in der Schule durch übermäßige Impulsivität und Hyperaktivität. Deshalb ist die Bachelorarbeit im Wesentlichen auf symptomatische Verhaltensstörung gerichtet, insbesondere auf ADHS / ADD.

Im zweiten Teil der Bachelorarbeit sind mit Hilfe der Methode der Inhaltsanalyse, durch Beobachtung und außergewöhnlichen Fragebogen die Voraussetzungen über die geeignete und erfolgreiche Anwendung der empfohlenen Methoden für die Arbeit mit Kindern mit LMD bestätigt oder widerlegt. Weiter wird bestätigt, dass die Methoden, die Lehrer nutzen, können die Symptome der Verhaltensstörungen mäßigen, aber können gleichzeitig auch mit ihrer Verwendungsmöglichkeit beschränkt werden.

Die Voraussetzungen sind auf der Grundlage von Lehrererfahrungen in der langfristigen Arbeit mit Kindern mit ADHS bestätigt, durch Studieren von technischen Berichten und Empfehlungen von spezialisierten pädagogisch-psychologischen Standorte, Erwerb neuer Kenntnisse zu diesem Thema und Informiertheit zwischen pädagogischer und elterlicher Öffentlichkeit.

Schlüsselwörter:

Verhaltensstörungen, hyperkinetisches Syndrom, Integration, emotionale Labilität, Syndrom, zentrales Nervensystem, Entwicklungs-, Bildungs-, Diagnose-, spezifische, nicht-spezifische, Impulsivität, Hyperaktivität

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU	12
2.1	Vymezení pojmu lehká mozková dysfunkce	12
2.1.1	Příčiny lehké mozkové dysfunkce	14
2.1.2	Projevy lehké mozkové dysfunkce	16
2.1.3	Druhy lehké mozkové dysfunkce	18
2.2	Výskyt LMD v populaci	20
2.2.1	Ve světovém kontextu	22
2.2.2	V České republice	23
2.3	Poruchy chování	25
2.3.1	Dělení poruch chování	29
2.3.2	Diagnostika poruch chování	30
2.3.3	Nespecifická porucha chování	32
2.3.4	Porucha opozičního vzdoru	34
2.3.5	Porucha chování, riziko závislosti, ADHD	34
2.3.6	Specifické poruchy chování	35
2.4	Diagnostika ADHD	36
2.4.1	Integrace žáků	38
2.5	Děti s ADHD/ADD syndromem ve škole	39
2.6	Možnosti nápravy a terapie	40
2.6.1	Relaxační techniky ve škole	41
3	PRAKTICKÁ ČÁST	43
3.1	Cíl práce	43
3.1.1	Stanovení předpokladů	43
3.2	Použité metody	44
3.3	Popis zkoumaného vzorku	45
3.3.1	Výskyt diagnózy ADHD/ADD na škole	50
3.3.2	Výskyt ADHD/ADD v poměru dívky x chlapci	52
3.3.3	Projevy ADHD/ADD syndromu na I. a II. stupni	53
3.4	Průběh průzkumu	55
3.4.1	Vyhodnocení dotazníků	56
3.5	Vyhodnocení předpokladů	62
4	ZÁVĚR	64
5	SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	66
6	SEZNAM POUŽÍVANÝCH ZKRATEK	69
7	SEZNAM PŘÍLOH	70

1 ÚVOD

Pro bakalářskou práci bylo zvoleno téma „Poruchy chování jako sekundární symptom LMD a jejich projevy na ZŠ“ z několika důvodů. V dnešní době je ve školách poměrně dost dětí, které se nějakým způsobem od ostatních vrstevníků odlišují. Jedním z nich je i přemíra nepozornosti, hyperaktivity a impulzivnosti. Přestože jsou tyto projevy typické pro děti s hyperkinetickou poruchou, nemusejí definitivně potvrzovat tuto diagnózu, zejména když se objevují jen příležitostně a jen v některých situacích.

Syndrom poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou se dnes téměř v každé literatuře označuje jako ADHD (z anglického „Attention Deficit Hyperactivity disorder“) a syndrom poruchy pozornosti jako ADD (z anglického „Attention deficit disorder“). Rozdíl mezi oběma syndromy je právě v hyperaktivitě. Oba však způsobují dětem při školní práci značné potíže s chováním a učením. I přes to, že inteligence těchto dětí bývá zřídka narušena, nosí kvůli své omezené schopnosti se koncentrovat špatné známky a kvůli přemíře energie poznámky za špatné chování.

Vzhledem k tomu, že v dnešní době trpí syndromem ADHD/ADD asi 3-5% dětské populace, je jisté, že s dítětem s touto poruchou se setká téměř každý učitel. Právě osobnost učitele, znalost problému, informovanost o možných metodách a způsobu léčby, pozitivní vztah mezi rodičem, školou a dítětem je pak jedním z důležitých faktorů, které ovlivní to, zda dítě s tímto syndromem bude úspěšně zvládat školní nároky.

Někdy není snadné rozlišit projevy vrozeného temperamentu od hyperkinetické poruchy, zejména u menších dětí. Pokud se skutečně diagnóza potvrdí, otevírají se současně možnosti léčby s reálnou nadějí na zlepšení problémového chování. Nežádoucí projevy dětí se stanou srozumitelnějšími a speciální výchovný přístup k dětem v rodině a ve škole je může pomoci usměrnit. Hyperkinetická porucha se dá léčit také medikamentózně a při současném vhodném psychologickém a pedagogickém přístupu k těmto dětem nemusí závažněji poznamenat jejich další psychický vývoj.

Dětem s hyperkinetickou poruchou – ADHD je dnes věnována pozornost a odborná péče ve všech vyspělých zemích na celém světě. Stále více se potvrzuje, že neléčená porucha neznamena jen problémy s chováním a učením během školní docházky, ale často přetrvává i v dospělosti a může negativně poznamenat profesionální i osobní život jedince.

Jedním z dalších důvodů, které byly příčinou zvolení tohoto tématu bakalářské práce je můj profesní život. Během své učitelské práce jsem se setkala s dětmi s poruchou pozornosti spojené s hyperaktivitou několikrát. Šlo u různé typy diagnózy od nejlehčích, až po ty závažné, které musely být léčeny v diagnostických ústavech. Lékařští odborníci jsou názoru, že asociální chování nepatří do specifických poruch chování, které vznikají na bázi LMD. Zároveň ale připouští, že pokud je u dítěte patrná hyperaktivita coby součást potíží s pozorností, je velmi pravděpodobné, že se u něj v pozdějším věku projeví porucha chování. Zajímalo mne, jak pedagogové dokáží pracovat během vyučování s dětmi s ADHD, jaké metody používají a zda může dojít ke zlepšení některých problémových rysů chování těchto žáků. Pro průzkum jsem zvolila dva nestandardní dotazníky, které v praktické části byly vyhodnoceny.

V dnešní době opravdu neposedných dětí přibývá. Důvod ovšem nemusí být jen v narušení centrální nervové soustavy, ale také nedostatečnou výchovou v rodině, zúžení rodičovské péče, působení masmédií, volnost ve výchově. Ne každé dítě, jehož chování je těžko pochopitelné a které za určitých okolností odmítá plnit zadané úkoly, trpí poruchou chování či hyperaktivitou a nedostatkem pozornosti. Je důležité zvážit jaký dopad bude mít na dítě určení nesprávné diagnózy. Pokud nebudou používány vhodné a odpovídající metody práce, náprava projevů a celkového chování u těchto dětí bude velice zdlouhavá a obtížná. Rozpoznat a určit ve správnou dobu odpovídající diagnózu je poloviční úspěch léčby.

Bylo by dobré, aby i učitelé mezi sebou komunikovali a sdělovali si úspěšnost různých metod při usměrňování nežádoucích projevů v chování dítěte. Pokud se podaří tyto projevy zmírnit, zjistíme, že i děti s ADHD dokáží být milí, upřímní, bezprostřední, se snahou dosáhnout lepších výsledků ve škole a ochotní pomáhat rodičům, učitelům i spolužákům. Jsou si vědomi, že přemírou své aktivity a impulzivnosti dovedou dráždit všechny kolem sebe, ale bez naší pomoci si s tímto problémem sami neporadí.

2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

2.1 Vymezení pojmu lehká mozková dysfunkce

V současné době se nejen ve školním prostředí často setkáváme s termínem LMD, kterým jsou označovány některé projevy v oblasti chování dítěte. Jedná se o časté neuropsychické oslabení, které je především uváděno u dětí předškolního a mladšího školního věku.

Patří do skupin poruch chování a můžeme se setkat i s jinými označeními. Například malé mozkové dysfunkce, lehké dětské encefalopatie, hyperaktivní či hypoaktivní syndrom či hyperkinetický, hypokinetický syndrom.

Termín „lehké mozkové dysfunkce“ – LMD je souhrnné označení pro celou řadu projevů dítěte, jež se odchyľují od běžné normy a jeví se jako nezvyklé a zvláštní. Po několikaletém bádání a zabýváním se tímto onemocněním bylo zjišřeno, že u dětí s LMD dochází k narušení chemických pochodů v kognitivní části mozku. Etiologie syndromu je značně různorodá, postižení může vzniknout v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období, zpravidla do 6 let věku dítěte.

Novotná a Kremličková ve své publikaci *„Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele“* označují lehkou mozkovou dysfunkci za percepčně – motorickou poruchu, která je způsobena *nezralostí* nervové soustavy. Vznik postižení je v nejrannějším období vývoje dítěte. Projev dysfunkce se nedá neurologickým vyšetřením na stavu mozku fyzicky zjistit. Usuzuje se tak na funkční poruchu.

„Příznaky LMD se projevují v oblasti citové, motorické, poznávací. Celková úroveň inteligence bývá zásadně nedotčena, pojí se s mírně podprůměrnou stejně jako s průměrnou a nadprůměrnou inteligencí žáka. Jen zřídka je LMD spojena s těžší mentální či smyslovou poruchou. Je nejčastější příčinou výchovných a zprostředkovaně i vzdělávacích obtíží v mladším školním věku.“¹

¹ NOVOTNÁ, Marie.KREMLIČKOVÁ, Marta. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1997,s.29

Dnes již je prokázané, že vhodným působením (pedagogickým i výchovným) a postupným dozráváním CNS tyto obtíže s dospíváním odeznívají a mírní se.

Neměli bychom ovšem podléhat mylnému dojmů, že jsou vyléčitelné. Syndrom je vrozený, ale během vývoje dítěte poměrně dobře ovlivnitelný.

Z důvodu poměrně širokého rozsahu syndromu LMD zastřešujícího více diagnóz, bývá v oblasti poruch chování v současné době označován jako syndrom poruchy pozornosti (ADD) nebo syndrom poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou (ADHD).

Oba termíny se občas používají jako synonyma. Máme – li však být přesní, musíme si uvědomit, že se vztahují k různým, ačkoliv velmi podobným, pravděpodobně příbuzným onemocněním. Děti postižené ADHD mívají potíže se soustředěním, bývají impulzivní a hyperaktivní. Oproti tomu ti, kteří trpí ADD, nebývají hyperaktivní, mívají však problémy spojené s impulzivitou a nedostatečným soustředěním. V obou případech se příznaky vyskytují v míře, která je věku a intelektuálním schopnostem jedince abnormální. Někteří lékaři a odborníci, zejména v Evropě, označují tyto poruchy s oběma skupinami příznaků pojmem *hyperkinetické poruchy*, pod které jsou zařazeny za prvé, porucha aktivity a pozornosti a za druhé hyperkinetická porucha chování. V našich zdravotnických zařízeních se také tohoto termínu v současné době více používá.

Za českou terminologii pokládá název hyperkinetické poruchy také naše přední psycholožka V. Pokorná ve své knize *Teorie a náprava poruch učení a chování*. Termín je srozumitelnější laické veřejnosti a proto umožňuje rychlejší a přesnější komunikaci. K základním příznakům hyperkinetických poruch patří již několikrát zmiňovaná hyperaktivita, porucha pozornosti a impulzivita. Pro diagnózu je nutné, aby byly současně *přítomny* porucha pozornosti a hyperaktivita, obvykle společně s impulzivitou.²

U dětí s hyperkinetickou poruchou chování se mimo jiné projevuje agresivita, rvačky, opoziční chování, lhaní, krádeže a záškoláctví. Projevy jsou dlouhodobé a ve zvýšené míře. U starších dětí mohou mít projevy závažnější asociální nebo predelikventní charakter. Kombinace hyperkinetických příznaků s poruchami chování je prognosticky méně příznivá, existuje větší riziko rozvoje budoucího násilného chování a delikvence.

² POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 2001

Podle I. Drtílkové v publikaci *Hyperkinetické dítě* spočívá rozdíl mezi hyperkinetickou poruchou a ADHD v diagnostických kritériích. Mimo jiné, se zde píše, že kritéria pro určení diagnózy ADHD jsou mírnější, než kritéria pro určení diagnózy hyperkinetická porucha.

Znamená to, že diagnózu ADHD může mít i dítě, které trpí pouze poruchami pozornosti, bez hyperaktivity a impulzivity, anebo hyperaktivitou a impulzivitou bez poruchy pozornosti.

Mírnější kritéria pro ADHD, jsou mimo jiné, příčinou uváděného vyššího počtu dětí s touto diagnózou – ve srovnání s přísnějšími kritérii pro hyperkinetickou poruchu. V našich zdravotnických zařízeních, která se řídí názvy nemocí podle MKN-10, se používá název hyperkinetická porucha.³

2.1.1 Příčiny lehké mozkové dysfunkce

Příčiny LMD mohou nastat již v období prenatálním - jedná se o nemoc matky, užívání léků, alkoholu, úrazy či stresové situace. V období perinatálním – tj. v průběhu porodu nebo těsně po něm, nejčastěji nedostatkem kyslíku v mozkových buňkách, které odumírají. Dále v období postnatálním. Jedná se hlavně o úrazy nebo zánětlivá onemocnění mozku.

Jde o syndrom vrozený, který vzniká pomocí působení určitých negativních vlivů během vývoje, vlivem dědičnosti nebo kombinací obou předchozích faktorů, v některých případech působí i činitelé nám zcela neznámé, nezjistitelné. Vesměs jde o kombinaci více faktorů, vzájemně se ovlivňujících, a jejich intenzita nemusí být ani příliš nápadná.

Ve shrnutí jsou hlavními činiteli ty, se kterými již přicházíme na svět, ať již zděděné či získané.

Protože LMD jsou nejčastěji vrozené – zděděné, získané při porodu či obojí, lze jejich příznaky pozorovat již od narození.⁴

³ DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Hyperaktivní dítě*. 2007

⁴ <http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php?menu=5>

K oslabení CNS s podobnými příznaky může samozřejmě dojít i po narození.

Neblahý vliv mají vysoké horečky v prvních letech života (zejména horečnatá onemocnění mozku – encefalitida nebo meningitida) a úrazy hlavy (zejména otřes mozku s bezvědomím).

Významný je vliv psychické a sociální stimulace v prvních letech života, zejména v rozvoji řeči, ale i soustředění.

LMD označuje lehké odchylky mentálního vývoje na základě oslabení CNS, které nejsou “těžkými” neurologickými poruchami, avšak mají společný základ v drobných poškozeních

- morfologických: snížený objem mozkové tkáně – šedé i bílé hmoty – ve frontálních oblastech
- neuroanatomických: odchylky od normální struktury neuronových spojení
- neurofyzilogických: snížený průtok krve mozkem, nedostatečné okysličování nervových buněk, odchylky v elektrické aktivitě mozku
- psychofyzilogických: nedostatečná úroveň bdělosti a pozornosti, potíže se soustředěním, pamětí, učením, poruchy pohybové koordinace, sluchové analýzy a syntézy, neustálý neklid, vývojové poruchy řeči apod.⁵

Problém LMD může spočívat:

- v určité oblasti mozkové kůry
- ve více místech mozkové kůry
- v oslabené spolupráci různých oblastí mozkové kůry, obvykle hemisfér či předních a zadních laloků
- v časovém posunu zpracování informací v různých oblastech mozkové kůry
- v dezorganizaci podkorových oblastí
- v nedostatečné aktivaci z mozkového kmene
- v řadě dalších příčin

Přesnou příčinu však může odhalit pouze komplex specializovaných vyšetření. Společným základem je však oslabení “výstupu” činnosti mozku, tj. jednotlivých funkcí.

⁵ <http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php?menu=5>

O tom, že různé lehké mozkové dysfunkce mají společný základ, svědčí nejen diagnostika, ale i terapie.

Určení příčiny je významné pro dítě samotné: je důležité uznat, že problémy dítěte nemají příčinu v jeho povaze a morálce, ale v biologických faktorech.

V současnosti se podíl vlivu jednotlivých faktorů odhaduje takto:

Dědičnost 50-70%

Komplikace během těhotenství, při a po porodu 20-30%

Pozdější vlivy 10%

Těžký osud bude mít dítě, které za své neúspěchy dostane přezdívku lajdák, lenoch, zlobivý nebo hloupý, případně všechno z toho – nálepka na něm ulpí a možná přispěje k tomu, že skutečně bude.

Naopak dítě, jehož rodiče a učitelé uznají, že trpí biologickou poruchou, za kterou nemůže, bude lépe snášet případné školní neúspěchy a lépe se s nimi vyrovná.

Pro stanovení správného postupu je třeba si uvědomit, že jedince s LMD nelze převychovat, protože příčina není v morálce. Je třeba odborného postupu, který vychází z psychoneurofyziologie poruchy.

Od **4 let** jsou lehké mozkové dysfunkce diagnostikovatelné v podobě vývojových vad řeči a poruchy pozornosti s hyperaktivitou.

2.1.2 Projevy lehké mozkové dysfunkce

Tento syndrom se ve větší či menší míře projevívá **během vývoje** dítěte – někdy dříve, jindy později, zřetelně však při určitých zlomových situacích dítěte. Obvykle při nástupu do MŠ nebo ZŠ. Obraz syndromu se také během vývoje dítěte mění – bývá ovlivněn dozráváním centrální nervové soustavy, výchovným působením a reedukačními zásahy.⁶

Rozsah syndromu je poměrně široký, projevuje se již zmíněnými poruchami chování a často učení v rozpětí od mírných po těžké a to u dětí s průměrnou až nadprůměrnou inteligencí.

⁶ ŽÁČKOVÁ, Hana. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra. *Metody práce s dětmi s LMD*. 2003

Projevuje se nápadně nerovnoměrným vývojem, to znamená, že v některých projevech dítě odpovídá svému věku nebo ho i předbíhá, v jiných je výrazně opožděno.

Má obvykle dobrý postřeh, dovede prakticky usuzovat, má velkou zásobu poznatků a zkušeností z denního života. Na druhé straně se nedovede pohotově orientovat, plete si levou a pravou stranu, nemůže pochopit jednoduché časové vztahy.

Jiným příznakem je zvýšená pohyblivost, živost, neklid (hyperaktivita) – nebo naopak nápadná pomalost a těžkopádnost (hypoaktivita).

Vzhledem ke své šíři se projevy syndromu u jednotlivých dětí liší, každé dítě trpí jinými projevy v různém rozsahu. Jedná se o syndrom, který je ovlivnitelný, a to převážně pomocí specifických reedukačních metod a správného výchovného vedení. V této oblasti mají své místo i relaxační techniky, o kterých se zmíníme ještě později.⁷

Pro charakteristiku LMD se uvádí až sto hlavních příznaků či projevů, které jsou ve svém souhrnu často protikladné.

Ty nejpodstatnější a nejčastější lze shrnout do deseti oblastí:

1. Poruchy pozornosti a soustředěnosti
2. Hyperaktivita
3. Emoční labilita
4. Percepční poruchy
5. Poruchy motorické koordinace
6. Poruchy učení
7. Poruchy myšlení, řeči a paměti
8. Neurologické potíže a abnormality
9. Zvláštnosti v sociálním chování
10. Výrazná nerovnoměrnost ve výkonnosti a nevyváženost reakcí

Žák s touto diagnózou či charakteristikou představuje velký nárok na profesionalitu učitele.

Je nezbytné včasné odhalení a správné diagnostikování problému žáka a to hlavně z toho důvodu, aby nedocházelo k záměně specifického chování za vzdorovitost, vzpurnost, či dokonce za schválnost a úmyslné provokativní jednání či chování.

⁷ ŽÁČKOVÁ, Hana. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra. *Relaxace nejen pro děti s LMD*. 2000

V důsledku nesprávného či opožděného diagnostikování by též jeho následné vzdělávací obtíže, které se k obrazu LMD přidávají, mohly být považovány za nedostatek schopností a za nedostatek inteligence.

Je třeba mít na paměti, že žák s LMD není hloupý provokatér určený do zvláštní školy nebo do výchovného ústavu.⁸

2.1.3 Druhy lehké mozkové dysfunkce

U lehké mozkové dysfunkce není možné definovat jedinou příčinu a jediný příznak, neboť kolik mentálních funkcí lze definovat, tolik lze nalézt jejich různých dysfunkcí.

Jde o soubor příznaků, které se mohou vyskytovat osamoceně či společně, *mají však společného jmenovatele: oslabené funkce centrální nervové soustavy.*

Mají mnoho podob: nespecifické oslabení se může projevovat v řadě symptomů.

Ohraničením těchto příznaků jsou jednotlivé diagnózy Mezinárodní klasifikace nemocí:

Porucha pozornosti

Hlavním znakem jsou trvalé projevy nepozornosti. Nepozornost se může projevovat ve škole, či ve společenských situacích. Jedinci trpící touto poruchou se dopouštějí chyb z nepozornosti. Jejich práce je většinou neuspořádaná, nepečlivá a nepromyšlená. Říká se o nich, že jsou zbrklí, rozlítaní a nic nedotáhnou do konce. Mají potíže udržet pozornost dlouhodobě, při plnění úkolů i třeba při hře. Těžko dokážou pracovat na úkolu až do jeho úplného splnění. Často budí dojem, jako by byli duchem nepřítomni, jako by neposlouchali či si nepamatovali ani to, co bylo právě řečeno. Když se do něčeho pustí, za chvíli od toho utečou k něčemu jinému.

Jsou spolehlivě nespolehliví. Mívají problémy s organizační činností. Pracovní návyky mívají zmatečné, snadno se nechají rozptýlit vedlejšími podněty.

V hovoru s druhými se jejich nepozornost projevuje tím, že často odbíhají od tématu, nevnímají ostatní, nejsou schopni se soustředit na probíhající rozhovor. Mají problémy dodržovat pravidla hry.

⁸ NOVOTNÁ, Marie.KREMLÍČKOVÁ, Marta. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1997

Porucha pozornosti je „modelovou“ LMD – zvláště ve spojení s tzv. hyperaktivním syndromem. Jejím pravidlem jsou nepravidelnosti.

Poruchy chování na bázi LMD: impulzivita a hyperaktivita.

Impulzivita se projevuje jako *netrpělivost*. Děti mají problémy počkat, až na ně přijde řada. Překřikují ostatní, skáčou jim do řeči, ostatní mají problém dostat se ke slovu. Sahají na předměty, na které by neměly. Neposlouchají pokyny. Berou jiným lidem předměty z ruky. Dělají ze sebe šašky.

Impulzivita může být příčinou nejrůznějších nehod a úrazů. Děti zakopávají, narazí do kolemdoucího, sáhnou po rozpálené pánvi. Pouští se do nebezpečných činností, aniž by uvážily následky (např. jet na skateboardu po nerovném terénu).

Hyperaktivita se projevuje *chronickým neklidem*. Děti s touto poruchou neustále poposedávají a vrtí se na židli, pobíhají a přelézají předměty v nevhodných situacích. Nejsou schopny si hrát potichu nebo se nějak zaměstnat bez hluku.

Jakoby neustále byly puzeny něco dělat, něčím se zabývat, nadměrně mluvit.

Projevy hyperaktivity se liší podle věku:

U dětí školního věku pozorujeme způsob chování: těžko dokáží v klidu sedět, padají ze židle. Stále si s něčím pohrávají, do něčeho bouchají, houpají se na židli, kopají nohama. Během jídla často vstávají od stolu, nevydrží sedět ani u televize, ani nad domácími úkoly. Mají potřebu hodně mluvit a vydávají rámus.

U adolescentů a dospělých se hyperaktivita projevuje jako vnitřní pocity neklidu (i bez pohybového doprovodu) až po problémy se setrváním u klidných sedavých činností.

Příznaky impulzivity a hyperaktivity se většinou projeví nebo zhorší v situacích, které:

- vyžadují soustředěnou pozornost či duševní úsilí
- postrádají dojem novosti (např. sledování výuky, vykonávání zadaných úloh při vyučování, poslech či četba zdlouhavých textů, monotónní a opakující se činnosti).

Symptomy se spíše vyskytnou tehdy, nachází-li se jedinec ve skupině (ve školce, ve školní třídě, v práci). Jejich ústup naopak zaznamenáte tehdy, když je dotyčný odměňován za „správné“ chování.

Specifické poruchy učení – dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie.

Pro děti s poruchou pozornosti a hyperaktivitou platí učení = mučení.

Děti s hyperaktivní poruchou pozornosti trpí často také poruchami učení.

Porucha učení znamená, že dítě má potíže v určitém předmětu nebo skupině předmětů. (Např. má potíže se čtením, ale jde mu matematika a naopak.) „Specifická“ vyjadřuje, že důvodem slabšího prospěchu není intelekt.

Specifická vývojová porucha je častým důvodem, proč průměrně nebo i nadprůměrně nadané dítě zaostává.

Vývojové vady řeči

Problematika vad řeči je velmi obsáhlá a zasahuje do několika oborů: foniatrie, logopedie, případně neurologie a psychologie. Ne všechny poruchy řeči vyplývají

z lehké mozkové dysfunkce. Pokud však ano, nálezy EEG bývají stejné jako třeba u poruchy pozornosti.

Na lehkou mozkovou dysfunkci může přímo upozornit *opožděný vývoj řeči*. U dětí, které začaly říkat první slova až po jednom a půl roce, byl zachycen dvojnásobně vyšší výskyt znaků LMD. Mnoho dětí s poruchou pozornosti nebo dyslexií má *problémy s plynulostí řeči*. Někdy jde o zadrhávání, někdy o vteřinové zaváhání před každým slovem.

2.2 Výskyt LMD v populaci

Ve studiích z posledních let údaje o výskytu **LMD** rostou, zhruba na 15% dětské populace. Přibývá osob (dětí i dospělých) diagnostikovaných pro některou z dysfunkcí, na což má vliv řada činitelů: zmíněné rostoucí nároky na výkony jedince, rostoucí uznání problémů osob trpících některou z dysfunkcí, podrobnější diagnostické postupy, vzrůstající nabídka léčebných metod.

V české republice provedli prof. Matějček, doc. Dytrych a dr. Tyl screeningový záchyt příznaků LMD u 6000 žáků 2. třídy základní školy. Je šokující, že studie zjistila pouze 66% dětí bez příznaků LMD. 18% dětí vykazovalo zřetelné, klinické znaky. Ještě dalších 16% vykazovalo subklinické náznaky.⁹

Ve světě je používáno označení **ADHD**, tj. porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou – postihuje poměrně velkou část populace.

⁹ <http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php?menu=5>

Mnohem častěji se vyskytuje u chlapců než u děvčat a to v poměru 10:1, u kterých se projevuje spíše porucha pozornosti bez hyperaktivity. Odborníci udávají, že 3 – 5% dětí bývá postiženo ve školním věku; některé prameny udávají výskyt až 19%. V literatuře se často uvádí číslo o něco menší.

V České republice je touto poruchou postiženo několik desítek tisíc dětí školního věku. Zdá se, že děti, u kterých se vyskytuje toto neuropsychické oslabení v dnešní době přibývá.

Mírné známky této poruchy má cca 20 % dětí, léčbu vyžaduje 3-5 % dětí.

Nejčastějším projevem je hyperaktivita, často porucha pozornosti – může přetrvávat do dospělosti, roztěkanost, stále střídání činností a zájmů, impulzivita, zbrkllost.

S ADHD se velmi často pojí další onemocnění, jako jsou tiky, specifické poruchy školních dovedností, porucha opozičního vzdoru. Později se přidávají deprese, úzkostné poruchy a zneužívání návykových látek. V odborné literatuře se uvádí, že další duševní poruchou trpí 60 – 70 % jedinců s ADHD.

ADHD patří mezi vytrvalé poruchy a je překonaným mýtem, že z ADHD děti většinou vyrostou. Naopak, u 80 % z nich se s projevy onemocnění setkáme i v adolescenci a až 60 % pacientů může vykazovat některé příznaky ADHD i v dospělosti.

Včasná léčba ADHD ze života dítěte nevymaže, ale jemu i rodině pomůže se zvládnutím výuky, nebo s nalezením vhodnějších přístupů.

PROGNÓZA LMD

Jedna třetina LMD „dozraje“, centrální nervový systém sice dospívá později, ale bez následků. Tento případ se týká především těch, kdo trpěli nezralostí nervového systému např. v důsledku nízké porodní váhy či předčasného porodu.

Druhá třetina se takzvaně kompenzuje: Vnější známky mohou z jednání člověka vymizet, ale obraz na EEG se nezmění.

Kompenzaci podporují hlavně dobré výchovné (rodinné i školní) podmínky či nadprůměrný intelekt: nadaný jedinec s dostatečnou sociální oporou si obvykle najde obor, v němž se uplatní a vyhne se tomu, co mu chronicky nejde. Kompenzace však může selhat vlivem stresu.

Třetina LMD ani nedozraje, ani nekompensuje. Tato skupina má obvykle i problémy sociální. Těžko se přizpůsobují v povolání v nedostatečně podněcujících a podpůrných výchovných podmínkách nebo v důsledku slabšího intelektu se i těžko společensky zařazují.

Shrnutí: *U většiny LMD jde bez odborné nápravy o tzv. „celoživotní diagnózu“.*

Podle výzkumu trpí LMD každé šesté dítě.

2.2.1 Ve světovém kontextu

„Námi používanému termínu specifické poruchy chování odpovídá nejvíce v praxi používaný termín LMD (lehké mozkové dysfunkce), v současnosti v souvislosti s MKN-10 se od tohoto označení upustilo. Aktuálně se setkáváme s označením ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou) a ADD (Attention Deficit Disorder, porucha pozornosti).

Každé dítě, které se vyznačuje symptomy poruch pozornosti či nápadně zvýšenou motorickou aktivitou bylo automaticky v minulosti nazváno dítětem s LMD (dítě trpící lehkými mozkovými poškozeními malého rozsahu). Toto označení navrhli odborníci v Oxfordu v roce 1963, nedefinovali však přesně, co tento termín obsahuje. Problémem byl ne vždy zcela správný výklad tohoto souboru příznaků.“¹⁰

Po konferenci v Oxfordu roku 1963 termín LMD definovala skupina pracovníků The National Institute of Blindness and Neurological Diseases (NIBND):

„LMD zahrnuje děti průměrné nebo nadprůměrné všeobecné inteligence s určitými poruchami učení a chování v rozsahu od nejlehčích až po těžké, které jsou spojené s deviací centrálního nervového systému. Deviace se mohou vyskytovat samostatně, nebo v kombinaci s oslabením percepce, řeči, paměti, kontroly pozornosti, zvýšenou impulzivností nebo poruchou motorické funkce.“¹¹

¹⁰ MICHALOVÁ, Zdena. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 2007, s.27

¹¹ MICHALOVÁ, Zdena. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 2007, s.25

V roce 1980 se navrhuje k užívání termín Attention Deficit Disorder (ADD) místo termínu LMD. Na rozdíl od LMD vychází převážně ze symptomatického popisu. Ke změně názvu této stanovené diagnostické kategorie dochází v roce 1987, přidává se výraz „hyperactivity“ a do podvědomí se dostává jako Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD.

„Na ADHD se začíná nahlížet jako na vývojové chronické postižení se silným biologickým a dědičným zatížením, jehož důsledkem je zhoršený školní a sociální výkon. V USA se v rámci diagnostiky a výzkumů začala více odlišovat hyperaktivita od agresivity a zastával se názor, že pro hyperaktivní jedince jsou typické výrazné obtíže poznávacího charakteru, problémy s koncentrací pozornosti a s nadměrnou aktivitou, nikoliv s agresivitou.

Na základě komplexních diagnostik a dlouholetých výzkumů se přikláněli odborníci k názoru, že hyperaktivita je především známkou vývojového a neurologického opoždění, kdežto agresivita je spojena s dysfunkcí vnějšího prostředí a rodiny. S těmito názory úzce koresponduje proklamovaný způsob terapie, zaměřený především na zvládání vzteku dětí a nácvik sociálních dovedností.“¹²

Některé výzkumy (tomografie a magnetické rezonance) ukazují, že vznik ADHD je ovlivněn spíše neurologickými a genetickými faktory než čistě vlivy prostředí. Neschopnost usměrňovat některé nežádoucí projevy chování jsou základním rozeznávacím znakem v porovnávání s ostatními poruchami; tento deficit je spojován s významným narušením vývoje autoregulace. ADHD je považována za pervazivní poruchu, protože její symptomy se projevují i v dospělém věku.

Americké studie odhadují přetrvávání příznaků do dospělosti asi u 70% případů.

2.2.2 V České republice

V české odborné literatuře se první zmínky o dětech s lehkými mozkovými dysfunkcemi objevují na počátku 20. století.

¹² MICHALOVÁ, Zdena. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 2007, s.28

Profesor A. Heveroch (český psychiatr a neurolog), který se svým článkem „Dítě neposedá“ v učitelském časopise *Pedagogické rozhledy* zapsal do dějin lehkých mozkových dysfunkcí jako první a to již v roce 1905.

V padesátých letech se začíná používat název pro obtíže těchto dětí „lehké poškození CNS“. Termín zavedl pediatr MUDr. Macek v roce 1949 v tehdejší Sociodiagnostickém ústavu v Praze. Vyhodnocoval zde některé shromážděné poznatky z anamnézy, smyslového, antropometrického, somatického a neurologického vyšetření svých dětských klientů. Domníval se, že podkladem obtíží ve funkcích jednotlivých orgánů je porucha v některých anatomických strukturách CNS. Jednotlivé odchylky jsou minimální, na závažnosti nabývají teprve při své sumaci. Odborníci nacházeli obdobné obtíže v chování těchto dětí nejčastěji ve třech základních socializačních frontách – v rodině, ve škole, ve skupině vrstevníků.

Tyto „dysfunkce“ však nešlo objasnit nepříznivými vlivy působení prostředí, neboť v jednotlivých vývojových fázích dítěte měly svůj specifický charakter. Výrazně jich přibývalo se zahájením školní docházky dítěte a postupně, zřejmě i vlivem dozrávání nervového systému s věkem dítěte, odeznívaly.

Psychiatr O. Kučera a jeho tým v daném období analyzovali již téměř desetileté poznatky z oblasti etiologie, diagnostiky a psychopatologie ve světovém měřítku.

Stanovuje termín lehké dětské encefalopatie, přičemž vychází z klinického obrazu poruchy. Dominantní roli zde sehrává neurologický nález a za doplňující se považuje nález psychologický a sociální.¹³

Naši přední lékaři, docenti a psychiatři se opírali o názory a zkušenosti svých kolegů a na základě jejich poznatků mohli dále objevovat a odhalovat příčiny různých abnormalit.

Stejně jako Michalová ve své knize *Sondy do problematiky chování*, tak i Vágnerová a s ní společně tým dalších spolupracovníků v knize *Dětská klinická psychologie* zmiňuje dnes již jeho klasické „kučerovské“ pojetí.

„V jeho pojetí rozumíme lehkými dětskými encefalopatiemi drobné difúzní poruchy mozkové tkáně trvalého rázu, vzniklé prenatalně, perinatálně nebo postnatálně, rozhodně však před „dobou dospělosti“.

¹³ MICHALOVÁ, Zdena. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 2007

Poruchy jsou lehké jen v tom smyslu, že při nich není zřetelněji postižena motorika a že rozumové schopnosti dítěte zůstávají v rámci průměru nebo jsou jen podprůměrné. Naproti tomu, u těchto dětí jsou jiné výrazné poruchy vyšší nervové činnosti, a to v několika směrech: v motorice, v percepci, v jednání i v myšlení.“¹⁴

K postižení tkáně může dojít jakýmkoliv způsobem: poraněním, krvácením do tkáně, zánětem, postižení hypoxidózou, poruchou cirkulační, metabolickou nebo jakýmkoliv jiným poškozujícím mechanismem.

V šedesátých letech 20. století vzniká potřeba v této problematice veškeré dosud získané poznatky sjednotit a zavést jednotnou terminologii. Začíná se používat termín „lehká mozková dysfunkce“ pod vlivem mezinárodní oxfordské konference.

Přijetím konceptu lehkých mozkových dysfunkcí našimi odborníky došlo ke změně chápání vývojových poruch chování v porovnání s konceptem lehkých dětských encefalopatií.

V současné době je již třeba se oprostít od užívání termínu LMD a ve shodě se světovým pohledem důsledně užívat termín ADHD/ADD i u nás.

Stále podrobnější úroveň poznání přináší zpřesňující terminologii, zúžení na jednotlivé projevy dané poruchy a s tím související účinnější terapeutické postupy. Je zřejmé, že se musí pracovat s rozdílným způsobem s jedincem s diagnózou ADHD, ADHD s přítomností hyperaktivity či pouze s čistou poruchou pozornosti ve smyslu ADD.

2.3 Poruchy chování

Poruchy chování zahrnují antisociální a agresivní chování, které začíná být zřetelné v časném dětství nebo v dětství a přetrvává do adolescence, často i do dospělosti (poruchy osobnosti).

Lze říci, že poruchy chování jsou velmi širokou oblastí. Jejich symptomy prolínají diagnostické okruhy z mnoha skupin.

¹⁴ ŘÍČAN, Pavel. VÁGNEROVÁ, Marie. *Dětská klinická psychologie*. 1991, s.98

Mezi dětmi školního věku je 5–20% zastoupení určité poruchy chování, poměr chlapců k dívkám je 4-12 : 1. Oba uváděné údaje jsou souhrnné, neodlišují konkrétní typ poruchy chování.¹⁵

Zahrnují a odrážejí veškeré problémy jedince v jeho reakcích, v jeho projevech, ale i v jeho sociálních vztazích. Obecně lze říci, že tento termín označuje sociálně neakceptované chování, v jehož rámci má jedinec celkově oslabené nebo zcela závadné mechanismy regulace svého chování, jež neodpovídají podmínkám daným sociálním prostředím, v kterém se jedinec nachází.

„V tomto pojmu nelze nepostřehnout jisté sociální stigma, které předpokládá neměnnost a neměnitelnost daného stavu. Proto se v praxi stává, že jedinci je přiřknuto označení jedinec s poruchou chování a v podstatě ho tato nálepka provází neustále. I přesto se termín „porucha chování“ hojně využívá, především ve speciální pedagogice.“¹⁶

Vojtová, jak uvádí Michalová ve své knize *Sondy do poruch chování*, se přiklání nahradit termín porucha chování a jeho užití překladem termínu *emotional and behavioral disorders*, tedy děti a mládež *s poruchami emocí a chování*. Domnívá se, že tento pojem ve svém obsahu vyjadřuje neoddělitelnost emocionálních problémů a problémů v chování, kdy existence jednoho postižení podmiňuje a zapříčiňuje postižení druhé.

Chování jedince se projevuje v interakci s prostředím, jehož je součástí. Z toho důvodu můžeme říci, že každé chování je určitým druhem chování sociálního. V praxi by to mohlo znamenat, že jde o chování, které se odehrává v lidské společnosti.

Mezi jedincem a sociálním prostředím se vytvářejí společenské vztahy, probíhají procesy vzájemného ovlivňování, procesy složitých interakcí.

Tyto interakce se odehrávají na třech úrovních:

- na úrovni procesu socializace jedince;
- na úrovni vzájemného působení mezi jedincem a sociální skupinou;
- na úrovni vztahů mezi jedincem a společností.

¹⁵ MICHALOVÁ, Zdena. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 2007

¹⁶ MICHALOVÁ, Zdena. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 2007, s.13

Na těchto třech úrovních – jedinec, sociální skupina, společnost – je možné odhalovat mechanismus odchylek v lidském chování od společenských norem.

Mezi činitele a příčiny odchýlení od společenských norem, které mohou také ohrožovat zdravý vývoj dětí a mládeže, patří především následující faktory:

- nedostatky funkcí rodiny, zúžení rodičovské péče v důsledku zvýšené pracovní zátíženosti a s ní spojenou únavu až vyčerpanost rodičů;
- zvýšení náročnosti ekonomického rozpočtu na rodinnou situaci, tlak na zaměstnanost, finanční a časové možnosti rodičů nezvládajících dětem se dostatečně věnovat v oblasti zájmových aktivit, krize pedagogických institucí;
- preferování výchovy k bezohlednosti na úkor tolerance a kázně; nedostatek kvalifikovaných učitelů;
- nedostatky v systému následného vzdělávání učitelů;
- nuda ve škole; neúčelné trávení volného času;
- všeobecná krize hodnot s preferencí materiálních zájmů;
- působení masmédií;
- negativní výklad svobody.

„Lze tedy předpokládat, že na vzniku poruch chování se podílejí vlivy nezasahující osobnost dítěte patologickými mechanismy. V tomto smyslu lze uvést především nedůslednou a nedostatečnou výchovu, která má za následek nevytvoření vhodných sociálních návyků a norem, takže dítě svým chováním překračuje či porušuje společenské normy.

Jedinec si osvojuje hlavně ty normy chování, které jsou schvalovány jeho vlastní skupinou. Předpokládejme tedy, že názory a přesvědčení skupiny utvářejí chování jedince a naopak, v našem chování a činech se odrážejí názory, postoje, hodnoty, které zastáváme a naše činy a zkušenosti z nich vyplývají a ovlivňují naše názory.“¹⁷

Z toho vyplývá, že poruchy chování jsou souborem odchylek v oblasti socializace jedince.

Při posuzování, zda je přítomna porucha chování, by se měl brát v úvahu vývojový stupeň dítěte. Například výbuchy zlosti jsou normální součástí vývoje tříletého dítěte a pouhá jeho přítomnost by neměla být důvodem pro diagnózu.

¹⁷ MICHALOVÁ, Zdena. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 2007, s.15

Rovněž tak porušování občanských práv jiných osob (např. násilným činem) není v moci většiny sedmiletých dětí, a proto není nutným diagnostickým kritériem pro tuto věkovou skupinu.

„Příklady chování, na nichž je diagnóza založena, zahrnují nadměrné rvačky nebo tyranizování slabších, krutost k jiným lidem nebo zvířatům, závažné ničení majetku, zakládání ohně, krádeže, opakované lhaní, chození za školu a útěky z domova, mimořádně časté a intenzivní výbuchy zlosti, vzdorovité provokativní chování a trvalou silnou neposlušnost.

Každá z těchto kategorií, pokud je výrazná, dostačuje k potvrzení diagnózy, avšak ojedinělé disociální činy pro tuto diagnózu nestačí.“¹⁸

Základním rysem těchto poruch je chování, kterým jsou v různé míře, opakovaně a dlouhodobě (alespoň 6 měsíců) narušovány sociální normy.

Souhrnně bychom mohli označit poruchy chování definicí z nich vyplývající a to:

„Poruchy chování jsou takové projevy dětí a mládeže, které nerespektují ustálené společenské normy. Vyskytují se hlavně u sociálně narušené mládeže, ale také u jedinců s jiným typem postižení. K jejich vzniku přispívá jednak vliv nevhodného nebo nedostatečného výchovného působení a vlivy sociální, jednak určité dispozice osobnosti na podkladě centrálního nervového systému. Poruchy chování můžeme hodnotit podle jejich společenské závažnosti a důsledků pro život jedince, například dětský vzdor, záškoláctví, toxikomanie, loupež.“¹⁹

Oproti tomu, **poruchové chování** má odlišnou etiologii, důsledky takového chování jsou mnohem závažnější.

O sociálně narušeném (tzv. poruchovém) chování hovoříme proto tehdy, když má souvislost s nedodržováním a přestupováním společensky závazných pravidel, zásad, předpisů a ustanovení, které určují chování a jednání člověka vzhledem k celé společnosti.

Poruchové chování je obecně vymezeno třemi základními znaky:

1. chování nerespektující sociální normy;
2. neschopnost udržovat přijatelné sociální vztahy;
3. agresivita jako rys osobnosti nebo chování.

¹⁸ TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí*. 2001, s.188

¹⁹ PRŮCHA, Jan. WALTEROVÁ, Eliška. MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 1995, s. 160

2.3.1 Dělení poruch chování

Poruchy chování můžeme dělit z různých pohledů. V odborné literatuře nacházíme rozličné typy klasifikací s ohledem na vývoj poznatků v jednotlivých oborech, do kterých problematika poruch chování zasahuje.

„Někteří autoři dělí poruchy chování bez ohledu na jejich příčinu pouze podle dopadu jejich důsledků na sociální chování. Nevidí mezi nimi přesnou hranici, neboť se kombinují, prolínají, méně závažné jednání přerůstá často v závažnější formu agresivní či neagresivní, asociální či antisociální poruchy.“²⁰

„Jedná se o klasifikaci poruch chování na *disociální*, *asociální* a *antisociální*, přičemž termín disociální se někdy slučuje s asociálním.

- ***disociální chování*** je takové, které se mírně vymyká sociálním normám,
- ***asociální chování*** označuje chování nespolečenské, které neodpovídá mravním normám dané společnosti, nedosahuje však úrovně ničení společenských hodnot,
- ***antisociálním chováním*** rozumíme nepřátelské, škodící a uvědomované protispolečenské chování kriminálního charakteru, které se ostře vymyká běžným sociálním normám a směřuje k úmyslnému poškození společnosti.“²¹

Trpí-li dítě ADHD a tato porucha není rozpoznána, může být odmítáno svými spolužáky, začne se chovat asociálně a začne být krajně vzdorovité (porucha opozičního vzdoru).

Pokud se takovému problému nevěnuje pozornost, bude mít dítě ještě větší sociální problémy a porucha bude hodnocena jako porucha chování.²²

S takovým to chováním se můžeme setkat nejčastěji, toto chování lze ještě dobře korigovat a zlepšit.

Michalová se zmiňuje také o dělení poruch chování podle Špitze a Lesného na *symptomatické* (vyznačující se typickými příznaky), *vývojové a výchovně podmíněné*.

- *symptomatické poruchy chování* jsou součástí psychických poruch (například hyperaktivita při LMD, ADHD),

²⁰ MICHALOVÁ, Zdena. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 2007, s.19

²¹ HARTL, Pavel. HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 2000, s. 49

²² TRAIN, Alain. *Nejčastější poruchy chování dětí*. 2001

- vývojové poruchy chování jsou součástí jednotlivých vývojových období (například vzdor v předškolním věku), jsou typické v určitém věkovém období pro každé dítě a jejich zvládnutí je předpokladem dalšího zdravého vývoje osobnosti,
- výchovně podmíněné poruchy chování vyplývají z nevhodných výchovných postupů a z nedostatečného výchovného působení v rodině, ale také v širším sociálním prostředí (například následné, sekundární projevy u ADHD, je-li dítě nesprávně vedeno).

Ve shodě s MKN-10 můžeme rozlišit poruchy chování na poruchy s lepší prognózou a se špatnou prognózou a v širším slova smyslu lze dále rozdělit poruchy chování na specifické a nespecifické.

2.3.2 Diagnostika poruch chování

Diagnostická kritéria, která lékaři odborníci používají, se aktualizují a zlepšují v závislosti na zkvalitňování znalostí v oblasti nemocí a poruch. V současné době existují a používají se dva hlavní klasifikační systémy:

- A. Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (*The International Classification of Disease, 10th edition, neboli ICD-10, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize neboli MKN-10*).
- B. Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, neboli DSM- IV*).

Psychiatri v České republice používají při určování psychických diagnóz diagnostická kritéria MKN-10. Mezi diagnostickými kritérii MKN-10 a diagnostickými kritérii podle DSM-IV jsou však značné rozdíly.

Munden a Arcelus v knize *Poruchy pozornosti a hyperaktivita* poukazují na tento rozdíl hlavně z toho důvodu, že podle MKN-10 je opakovaně diagnostikována menší skupina dětí se závažnějšími příznaky než v případě klasifikace podle DSM-IV. V praxi to znamená, že větší skupina mladých lidí, kteří splňují méně přísná a mnohem širěji definovaná kritéria DSM- IV, trpí symptomy, které znamenají potenciální léčbu.

Hrozí tak nebezpečí, že část dětí s určitým postižením bude ochuzena o účinnou léčbu a náležitá opatření.²³

MKN-10 (ICD-10, s. 232) uvádí:

„F 91 Poruchy chování jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým obrazem disociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Je-li takové chování u daného jedince extrémní, porušuje sociální očekávání přiměřené věku a je závažnější než obyčejná dětská nebednost nebo rebelantství v adolescenci.

Ojedinelé disociální nebo kriminální činy nejsou samy o sobě důvodem pro tuto diagnózu, která vyžaduje, aby charakter takového jednání byl trvalý.“²⁴

Poruchy chování se dále diferencují podle určitých specifik – projevy chování:

- F 91.0 porucha chování ve vztahu k rodině (porucha chování se dotýká výlučně interakcí mezi jejími jednotlivými členy);
- F 91.1 nesocializovaná porucha chování (dítě má narušené vztahy ke svým vrstevníkům, a to rozsáhlým způsobem);
- F 91.2 socializovaná porucha chování (dítě je dobře zapojeno do odpovídající skupiny vrstevníků);
- F 91.3 porucha opozičního vzoru (neposlušné, vzdorovité chování, ale bez vážnějších agresivních skutků);
- F 91.8 jiné poruchy chování;
- F 91.9 porucha chování nespecifikovaná.

Tato poměrně podrobná diagnostika nám dává obraz o poruchách chování, ovšem problém může spočívat v jejím čistě popisném charakteru projevů chování.

DSM-IV dále dělí poruchy chování z věkového hlediska na:

- typ se začátkem v dětství (před 10. rokem);
- typ se začátkem v adolescenci (po 10. roce).

Navíc rozlišuje stupeň závažnosti poruchy:

- lehká (velmi málo problémů, jen těsně splňující kritéria diagnózy);
- střední;
- těžká (velmi vážné poškozování práv druhých, dokonale plní kritéria pro udělení poruchy).

²³ MUNDEN, Alison. ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 2006

²⁴ MICHALOVÁ, Zdena. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 2007, s.25

„Základním rysem poruch chování dle DSM-IV je opakované a trvalé narušování základních práv ostatních nebo hlavních sociálních norem odpovídajících věku dítěte. Kvality chování korespondující s diagnózou se u dítěte musí vyskytovat nejméně po dobu 6 měsíců. Diagnostická měřítka DSM-IV se rozšiřují o položky časté ubližování, vyhrožování, zastrašování ostatních, zůstávání do noci venku přes zákaz rodičů před 13. rokem věku. Dále se zde specifikuje, že chození za školu se musí projevit před 13. rokem věku.

Dle tohoto manuálu může být diagnostikována porucha chování i po 18. roce života, pokud nevyhovuje kritériím pro antisociální poruchu osobnosti.“²⁵

2.3.3 Nespecifická porucha chování

„Pojmem nespecifické rozumíme veškeré poruchy chování vzniklé z jiných příčin, než poruchy chování charakteru specifického. To znamená, že nevznikly vlivem exogenních a endogenních faktorů na podkladě existujícího a prokázaného oslabení nebo změn CNS ve smyslu neurologického postižení.

Nespecifické poruchy chování tvoří symptomatologicky podobnou skupinu, organický podklad však u těchto jedinců chybí.

Specifická porucha chování může být i podkladem vzniku poruchy nespecifické při nesprávném sociálním působení a vedení jedince s poruchou specifickou.“²⁶

Podle příčiny rozlišujeme poruchy chování na podkladě nervové poruchy či onemocnění psychického – sem řadíme například neurózy jako poruchy vyšší nervové činnosti, kdy je narušena schopnost přizpůsobit se společenskému prostředí, a onemocnění psychická, z nichž nejvýznamnější je psychopatie, jež postihuje celou osobnost jedince.

U dítěte s touto poruchou chování budeme pozorovat asociální projevy. Dítě může být agresivní k lidem i ke zvířatům, může ničit majetek nebo krást, podvádět a porušovat pravidla.

²⁵ MICHALOVÁ, Zdena. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 2007, s.26

²⁶ MICHALOVÁ, Zdena. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 2007, s.21

- a) *Agrese vůči lidem a zvířatům* – může šikanovat a zastrašovat ostatní, může se prát, používat zbraně, bude kruté na zvířata a bude je týrat.
- b) *Ničení majetku* – dítě může úmyslně ničit majetek druhých, bude například zakládat požáry nebo dělat grafity.
- c) *Podvádění a krádeže* – může se zaplést do krádeže, vandalismu či vloupání. Možná bude muset lhát, aby dosáhlo svého.

Jedná se o jednu z běžnějších poruch, mnohem častější je u chlapců.

Alespoň jeden z příznaků se vyskytne u dítěte před desátým rokem života. S postupujícím věkem a fyzickým vývojem se tyto příznaky mění na méně závažné projevy chování. Tato porucha může být vyvolaná podmínkami, v nichž se dítě nalézá a trpí-li jeden z rodičů určitým typem poruchy (porucha osobnosti, porucha emocí, schizofrenie nebo porucha pozornosti).

Většina dospělých, kteří byli v dětství postiženi poruchou chování, má i ve vyšším věku sociální problémy. V některých případech se však chování dítěte časem upraví a příznaky poruchy vymizí.

O poruchách chování nespecifického charakteru se mnozí z odborníků zmiňují až ve středním věku dítěte, a to z důvodu opatrnosti před unáhlenou diagnózou a obezřetností diagnostikujícího.

Je více než pravděpodobné, že v době *před 10. rokem* se často nejedná o pravou poruchu chování disociálního charakteru, ale především o neschopnost sebekontroly dítěte. Proto nelze vždy zodpovědně určit diagnózu, aniž by měla negativní dopad, pokud by se jednalo o přechodný charakter chování dítěte.

Věk, kdy k diagnostice této poruchy dochází u chlapců a u děvčat, bývá odlišný – u děvčat se věková hranice posouvá k 14. - 16. roku věku, u chlapců je tomu dříve, mezi 10.-12. rokem.

2.3.4 Porucha opozičního vzdoru

Dítě s touto poruchou bude odmítavé, vzdorovité, neposlušné a nepřátelské vůči nadřízeným. Bude často ztrácet trpělivost, hádat se s dospělým, úmyslně dělat věci, které někoho rozčilují, vinit ze svého chování ostatní, bude zlostné a rozmrzelé, vztahovačné, zlomyslné nebo mstivé a podobně.

Odhaduje se, že tato porucha se vyskytuje u 12-16 % dětí.

Zpravidla se dají tyto charakteristické znaky chování pozorovat před osmým rokem života dítěte. Poruchou můžou trpět chlapci i děvčata, chlapci se budou dostávat do konfliktu častěji. Touto poruchou bývají postiženi děti, v jejichž rodinách se u jednoho z rodičů také nějaká porucha vyskytla. Porucha většinou předchází vzniku poruchy chování. U mnoha dětí, trpících touto poruchou, najdeme rovněž ADHD, také mohou mít poruchy učení a obtíže v komunikaci.

2.3.5 Porucha chování, riziko závislosti, ADHD

Dítě trpící poruchou vyvolanou účinkem návykových látek bude užívat tyto návykové látky, i když mu bude vysvětleno, že to škodí jeho zdraví. Poruch tohoto typu je více a každá z nich souvisí s určitou návykovou látkou a má své vlastní příznaky a charakteristické rysy.

U dítěte, které je závislé na návykové látce můžeme pozorovat následující symptomy:

1. Nutkání požívat návykovou látku, droga se ocitne na předním místě, většinu času stráví tím, že bude drogu shánět, užívat jí a vzpamatovávat se z následků jejího užití.
2. Bude potřebovat stále větší množství této látky.
3. Pokud droga přestane působit, bude prožívat nepříjemné pocity (*abstinenční příznaky*) a bude si ji brát více, aby se těmto pocitům vyhnulo.

U 70-80% jedinců s drogovou závislostí přetrvávají příznaky ADHD v adolescenci. Současný výskyt nemoci drogové závislosti a ADHD je asi u 30-50%.

Pacienti s ADHD v dětství a adolescenci vykazují častější výskyt závislosti na kokainu a nikotinu. Riziko drogových závislostí zvyšuje výskyt poruch chování.²⁷

Obecně se poruchy vyvolané účinkem návykových látek objevují během dospívání a v dospělosti. Vyskytuje se jak u chlapců tak i dívek.

Není zcela jasné, zda je tendence k užívání návykových látek dědičná, ale děti z rodin, kde mají její členové problémy v sociálních vztazích, k tomu můžou mít větší dispozice.

2.3.6 Specifické poruchy chování

Mezi specifické poruchy chování řadíme takové poruchy chování, které vznikly vlivem působení exogenních a endogenních faktorů na podkladě oslabení nebo změn CNS. Tyto změny jsou prokázány ve smyslu neurologického postižení.

Jak již zde bylo zmíněno, LMD patří do skupiny poruch chování, které je souhrnným označením pro celou řadu projevů dítěte, které se odchyľují od běžné normy a jeví se jako nezvyklé a zvláštní. Přestože jde o poškození nervové soustavy, která vznikají v raných vývojových obdobích a to zejména v době před narozením, při porodu a také i časně po porodu, je toto poškození minimální.

K základním symptomům ADHD patří hyperaktivita, impulzivita a nedostatečná schopnost soustředění.

Výzkumné studie opakovaně ukázaly, že symptomy ADHD jsou stálé a nápadné v čase. Klíčové symptomy a vzorce chování zůstávají v průběhu týdnů, měsíců i let nezměněné.

I když se jedná o projevy vrozené, dají se vhodným výchovným působením ovlivňovat.

Částečně nám pomáhá také sám vývoj dítěte, tím jak dítě dospívá, zraje i centrální nervová soustava a některé negativní projevy v chování dítěte ztrácejí na intenzitě, případně i vymizí, takže dítě se později v životě uplatní zcela normálně.

²⁷ PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 2007

2.4 Diagnostika ADHD

V posledních dvou desetiletích stoupá zájem o výzkum etiologie a léčby poruch chování. Etiologie ADHD zůstává zatím v mnohém neobjasněná, na druhé straně však jednotlivé výzkumy přinášejí řadu významných poznatků, které lze vhodně interpretovat a využít i v praxi. V popředí pozornosti jsou jak faktory psychosociální, tak i faktory biologické. Velmi významné jsou studie zabývající se vztahem ADHD a poruch chování. Na rozdíl od některých dříve používaných termínů v oblasti projevů chování dětí, hyperkinetický syndrom vychází přísně ze symptomatického popisu poruchy.

Diagnostická kritéria pro ADHD se odlišují od diagnostiky hyperkinetického syndromu a poruch chování v několika aspektech.

Základní příznaky poruch chování:

- základní příznaky: opozičnictví a agresivita,
- odvozené příznaky: výbuchy zlosti, časté rvačky, tyranizování, krutost k jiným lidem nebo zvířatům, ničení majetku, zakládání ohně, krádeže, záškoláctví, lhaní

Stejně jako jiné poruchy a onemocnění, jsou lehké mozkové dysfunkce, tedy porucha pozornosti a hyperaktivní syndrom poměrně dobře diagnostikovatelné, v tomto případě podle znaků chování. Stanovení diagnózy je vždy v kompetenci odborného lékaře – psychiatra, neurologa nebo psychologa.

Aby bylo možné stanovit klientovi diagnózu ADHD/ADD, je nutno podle již několikrát zmiňované DSM-IV vyloučit následující duševní poruchy:

- pervasivní vývojové poruchy;
- psychotické poruchy;
- poruchy nálad;
- poruchy úzkostné;
- poruchy disociativní;
- poruchy osobnosti.

V českém prostředí z pohledu psychiatrů při diagnostice ADHD nemůže být tato diagnóza přidělena v případě, že u klienta nelze vyloučit poruchu chování:

- v důsledku mentální retardace;

- v důsledku výchovné zanedbanosti
- v důsledku bolestivého či jiným způsobem traumatizujícího onemocnění;
- způsobenou nedostatkem příležitosti ke vzdělání;
- způsobenou jazykovou bariérou klienta;
- z narušení sociálního prostředí klienta způsobenou např. změnou školy či bydliště;
- jako reakci na prožité trauma, např. úmrtí blízké osoby;
- jako reakci na zneužívání klienta, a to jak fyzické, tak psychické;
- v důsledku citové deprivace.

Nejnovější kritéria pro určení ADHD/ADD a udělení její diagnózy:

A. Nejméně šest z následujících symptomů musí přetrvávat po dobu nejméně šesti měsíců, a to i v intenzitě nepřiměřené pro daný vývojový stupeň dítěte:

1. Často věnuje neúměrnou pozornost detailům.
2. Dělá chyby z nedbalosti ve školních úkolech a při dalších aktivitách.
3. Mívá obtíže v koncentraci pozornosti na zadávané úkoly či při hrách.
4. Často vypadá, že neposlouchá, co se mu říká, nepracuje dle instrukcí, nedokončuje práci, má nepořádek na svém místě, ve svých věcech. Nejedná se však o projevy opozičního chování či vzdoru.
5. Má obtíže v organizování svých úkolů a aktivit.
6. Oddaluje plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí.
7. Často ztrácí věci nezbytné pro školu a zájmové aktivity.
8. Nechá se snadno rozptýlit cizími podněty s danou aktuální věcí nesouvisejícími
9. Je zapomětlivý v denních činnostech.

B. Alespoň čtyři z následujících symptomů hyperaktivity-impulzivitu přetrvávají alespoň šest měsíců v takovém stupni, který je neslučitelný s vývojovou úrovní dítěte:

1. Často třepe rukama nebo nohama, vrtí se na židli.
2. Často opouští místo ve třídě v situaci, v níž se očekává, že zůstane sedět.
3. Často běhá kolem v situaci, kdy je to nevhodné.

4. Často není schopen klidně si hrát, nebo provádět klidnější činnosti ve volném čase.
5. Často vyhrkne odpověď, aniž si poslechne celou otázku.
6. Často má obtíže při stání v řadě, při hrách nebo skupinových činnostech.

2.4.1 Integrace žáků

Vzdělávání žáků s obtížemi v chování, hyperaktivních, popřípadě žáků s edukativními problémy probíhá v základních školách, speciálních třídách při základní škole nebo v základních školách praktických.

Vzdělávání žáků probíhá dle legislativy podle vyhlášky MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Vyhláška je součástí Školského zákona č. 561/2004, Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.

Individuální integrace znamená vzdělávání žáka v běžné ZŠ. Jedná se o úlevy a tolerance prováděné pedagogy v rámci výuky.

Pedagog akceptuje jeho odlišné vzdělávací potřeby a možnosti. Poskytne mu více času na práci (opravu textu, na opis poznámek, zkrátí mu jejich obsah apod.). Žák s lehčí poruchou poměrně dobře prospívá za předpokladu, že dochází ke spolupráci mezi učitelem – rodičem – žákem a že se žákovi poskytují úlevy ve všech předmětech, do nichž se porucha promítá.

Na doporučení pedagogicko psychologické poradny je vypracován IVP na žáka s konkrétními opatřeními pro umožnění lepšího zvládnutí učební látky, vzdělávání a integraci.

Hodnocení, nároky a požadavky jsou odlišné od školního vzdělávacího plánu, žák má určité úlevy a pedagog by měl brát na diagnózu zřetel.

Jedinci s těžkou poruchou chování, pokud jsou integrováni do běžné třídy, mají dokonce nárok na osobní asistenci. Asistent by se věnoval a korigoval chování dítěte nejen v průběhu vyučovacích hodin, ale i o přestávkách, a školních aktivitách mimo školu. Asistence je dána Vyhláškou 72/2005, ale v praxi je to ještě problém.

Pro úspěšnou integraci v dnešním školství je zapotřebí nejen dodržování doporučených postupů v přístupu k dítěti se speciálními potřebami, ale i průběžného seznamování učitelů s novými osvědčenými postupy, komunikace mezi pedagogy, dostatek tolerance a velká míra odolnosti proti frustraci učitele.

2.5 Děti s ADHD/ADD syndromem ve škole

U dětí, které jsou impulzivní a hyperaktivní často dochází k udělení odkladu školní docházky. Počátek školní docházky z hlediska dítěte i jeho rodiny je zásadním životním mezníkem. Připravenost dítěte ke vstupu do školy je charakterizována především úrovní vývoje CNS, celkovou stabilitou a odolností vůči zátěži.

Dítě je posuzováno z hlediska školní zralosti v oblasti psychické, tělesné i sociální přizpůsobivosti. Úspěšná integrace dítěte do školního prostředí je také vázána na působení sociálního prostředí. Pro děti s ADHD škola znamená zátěž, nové požadavky na chování, větší nároky.

Často ve škole selhávají, nedovedou se soustředit na práci tak dlouho jako jejich spolužáci, pracují povrchně, úkoly často nedokončí. Hluk a okolní pohyb spolužáků je snadno vyruší, neovládají své chování – začnou více vyrušovat. Bude obtížné navazovat přátelství, za své neúspěchy může obviňovat spolužáky, učitele. Často přeslechnou důležitou informaci nebo pokyn učitele, protože přemýšlejí o něčem jiném. Chybují z nepozornosti, vyrušují, nemají pořádek ve svých věcech, prospěch bývá nevyrovnaný, při vyučování vykřikují, neustále se otáčí, bývají nepozorní, podráždění, někdy s agresivními tendencemi. Jejich neúspěch se pak může odrážet i v nevhodném chování a reakcích během vyučování. „Tyto projevy jsou učiteli často považovány za důsledek nedostatečné snahy a úsilí nebo dokonce v některých případech zlé vůle.

Chování dítěte s ADHD ve škole učitelé často považují za jistou formu nevychovanosti a drzosti a nikoliv za projevy vývojového oslabení, které může být jejich nevhodným přístupem ještě posilováno.“²⁸

²⁸ PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 2007, s.119

Značná část dětí následně trpí specifickými poruchami učení, konkrétně čtení a psaní.

„Děti s hyperaktivitou potřebují hodně pohybu, pokud jsou v něm omezovány, zvyšuje se v nich napětí, vzniká mrzutost a zhoršuje se jejich výkonnost.

Předpokladem úspěšné speciálně-pedagogické intervence je použití speciálně-pedagogických metod a forem práce, nižší počet žáků ve třídách. Snažit se o specifické upravení třídy umožňující změnu uspořádání vybavení pro využití při skupinovém vyučování a při dalších výchovných činnostech.

Mezi další podmínky řadíme: odpočinkový kout pro relaxaci žáka nebo plnění úkolů, které nevyžadují práci v lavici (četba apod.), nadstandardní vybavení pro volný čas a sport.“²⁹

Vzdělávací proces je velice komplexní a škola jej nemůže realizovat sama. Spolupráce školy s rodiči je nezbytná především v těch případech, kdy zastávají shodný názor a reakci na žákovo chování ve škole i mimo ní.

2.6 Možnosti nápravy a terapie

Specifické poruchy na bázi LMD lze napravit, často zcela k normě. Pokud mluvíme o nápravě, máme na mysli nejenom léčbu, ale i jiné používané postupy, které mohou mít povahu léčby. Jsou to například rehabilitace, jiné učení a cvičení.

U většiny lidí s diagnostikovanými symptomy jde bez odborné nápravy o takzvanou „celoživotní diagnózu“.

Náprava by měla být komplexní.

Osvědčené nápravy léčby jsou:

- farmakoterapie: podpora pro lepší aktivaci nervových buněk
- EEG – biofeedback: trénink funkcí nervové soustavy přímo na úrovni aktivizace pozornosti a soustředění, posílení vůle, sebeovládání a podobně
- nápravné postupy: logopedie a metody poradenské psychologie a speciální pedagogiky

²⁹ PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1998, s.30

- terapeutické techniky: měly by se provádět po konzultaci s odborníkem

Uvedený komplex náprav je v současné době považován za to nejlepší co v současné době má věda k dispozici pro nápravu LMD. Možnosti nápravných postupů by měly být vždy konzultovány s odborníky v pedagogicko psychologické poradně.

2.6.1 Relaxační techniky ve škole

Děti s hyperkinetickou poruchou díky své zvýšené unavitelnosti i dalším projevům však potřebují relaxovat častěji v průběhu dne a to nejen v odpoledních hodinách doma, ale i během vyučování. K tomu nám v nemalé míře mohou přispět relaxační techniky, protože fyzickým uvolněním, uvolněním svalového napětí dosáhneme uvolnění psychického. Školní práce je pro děti svým způsobem náročná a často i stresující.

Nedostatek pohybu a uvolnění se pak projeví ve zvýšené nesoustředěnosti, neklidu a únavě nejen neklidných a hyperaktivních dětí. K uvolnění dětí se používají drobné pohybové hry, rozcvičky či relaxační techniky.

Je vhodné kombinovat zmíněné způsoby uvolnění a prostřídat je i s poslechem pohádky.

Pokud je dítě utlumené zařadíme nejčastěji rozcvičku, pokud má naopak tendenci neustále vyskakovat, odbíhat od práce, můžeme zařadit relaxační techniku.

Relaxační techniky mají pak u dětí s tímto syndromem možnost alespoň částečně ovlivnit vše, co je u dětí porušeno:

- tlumí zvýšenou aktivitu
- zmírňují zvýšenou únavu
- zlepšují koncentraci pozornosti
- ovlivňují úroveň myšlení a paměti
- mají vliv na poruchy řeči
- pozitivní vliv při problémech v komunikaci
- ovlivňují afektivitu a agresivnost dětí

„Pomocí těchto technik dojde k psychickému uvolnění, k odložení nepříjemných myšlenek a tím i k pozitivnímu prožívání, vnímání sebe sama.

Celkově tedy relaxační techniky u hyperaktivních dětí přispívají k jejich zklidnění, zlepšení jejich výkonnosti, sebeovládání a sebekontroly. Tím napomáhají i ke zlepšení jejich životního stylu, k umění zvládat zátěžové situace.“³⁰

³⁰ ŽÁČKOVÁ, Hana. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra. *Relaxace nejen pro děti s LMD*. 2000, s. 3.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je popsat a analyzovat možnosti práce učitele s dětmi s LMD a způsob usměrňování jejich projevů.

Jaké možnosti mají učitelé na základní škole při usměrňování nevhodných projevů chování u dětí se symptomy ADHD, způsob usměrňování jejich hyperaktivity, impulzivity a to nejen při vyučování.

Cílem praktické části je pomocí dotazníku zmapovat možnosti učitele při individuální práci s žákem se specifickými vzdělávacími potřebami. Jaké osvědčené způsoby pedagogů pomáhají mírnit problematické chování žáků spojené s ADHD/ADD a zda tyto metody při usměrňování nežádoucích projevů chování jsou efektivní a platí vždy a všude.

3.1.1 Stanovení předpokladů

Předpoklad č. 1

Lze předpokládat, že většina učitelů souhlasí s integrací žáků s problematickými rysy chování, které se pojí s ADHD do běžné třídy ZŠ.

Předpoklad č. 2

Lze předpokládat, že učitelé používají určité metody, které mohou mírnit projevy chování žáků se symptomatickými poruchami ve smyslu ADHD při vyučování.

Předpoklad č. 3

Využívané metody ve třídě vedou ke zmírnění problematického chování u žáků s ADHD, ale jejich výsledky mohou být omezené.

3.2 Použité metody

Metody použité k získávání údajů:

- Metoda obsahové analýzy
- Pozorování
- Dotazník

Pro účely praktické části této práce byly použity písemné zprávy z pedagogicko psychologické poradny a jejich analýza. Tyto zprávy jsou k dispozici třídnímu učiteli a objasňují důvody k šetření žáka na doporučení školy či rodičů.

Každá zpráva analyzuje symptomy, s jakými se dítě dostaví k šetření a na základě vyhodnocení psychologických testů, testů inteligence, EEG a dalších vyšetření jsou stanovena určitá opatření. V závěru je určena diagnóza, která se týká většinou ADHD/ADD, které spadají do problematiky minimálního organického poškození centrální nervové soustavy a zahrnují se pod *lehké mozkové dysfunkce*.

Označují se jako symptomatické poruchy chování, které se pojí s hyperaktivitou, impulzivitou a nepozorností. Nemůžeme jednoznačně označit tyto projevy jako poruchy chování, neboť ty se diagnostikují až po 10. roce věku dítěte, zpravidla kolem 13. roku.

Cílem metody obsahové analýzy je seznámení se s problematikou každého jednotlivce a rozpoznání problémů, přičemž můžeme začít pracovat na jejich potenciálnímu odstranění, či zlepšení. U dětí, které se dostaví k šetření z důvodu špatně ovládaného chování, je s největší pravděpodobností diagnostikován hyperkinetický syndrom, jehož projevy jsou dnes celkem dobře identifikovatelné a rozpoznané i mezi „laickou“ veřejností.

Další použitá metoda pro zpracování některých údajů v této práci byla metoda pozorování. Patří k nejstarším a zdánlivě nejjednodušším metodám. Jedná se o pozorování dlouhodobé, přímé a zúčastněné. Cílem pozorování bylo zjistit a zmapovat projevy dětí s ADHD/ADD ve vyučování a o přestávkách. Jaké metody při přímé práci s nimi byly efektivní v tom smyslu, že došlo k potlačení nežádoucích projevů chování nebo jejich postupnému mírnění (ústupu) z důvodu dozrávání CNS a vyrovnávání se s problémem.

Pro získání většího množství informací byly použity dva dotazníky pro učitele. Jedná se o dotazníky nestandardizovaného typu, v dotazníku č.1 byly otázky uzavřené, v dotazníku č.2, otevřené. Cílem dotazníků bylo zaznamenat osvědčené metody učitelů k úspěšnému zvládnutí projevů hyperaktivity a jejich následných projevů v chování a postoj učitelů k integraci a začlenění dětí s handicapem do kolektivu běžné třídy ZŠ. Zpracování otevřených otázek bylo pro respondenty obtížnější, ale informace zakládající se na vlastní zkušenosti jsou pro účely zadaného dotazníku a vyvození předpokladů přínosnější.

3.3 Popis zkoumaného vzorku

V současné době je počet žáků na škole 528. Z toho chlapců 252 a dívek 276. Celkem je šetřených 93 dětí v pedagogicko psychologické poradně pro některé potíže v učení, chování nebo před nástupem do ZŠ z důvodu odložení školní docházky. Plně integrovaných dětí je 23.

U některých dětí byly na základě odborného šetření a charakteristických projevů zaznamenány jen lehčí formy ADHD na bázi nerovnoměrného vývoje CNS, které nejsou ještě důvodem k integraci.

V některých případech si rodiče integraci nepřejí a bohužel, jsou známe i případy, kdy rodiče s diagnózou nesouhlasí a odmítnou poskytnout zprávu ze šetření dítěte škole.

Ve zprávách z pedagogicko psychologické poradny byly uvedeny obdobné diagnózy:

- hyperaktivita a impulzivita na bázi ADHD
- ADD – porucha pozornosti bez hyperaktivity
- hyperkinetická porucha chování
- výrazná problematika ADHD s agresivitou
- hyperaktivita s podezřením na LMD

Ukázky některých diagnóz na straně 70,71,72 - příloha č.1, 2 a 3.

Je tedy zřejmé, že nejde o poruchy chování ve smyslu krádeží, útěků, agrese, ale zaměřila jsem se na žáky s problematickými rysy chování a žáky s ADHD syndromem, u kterých se dá při vhodném a cíleném působení zabránit vzniku poruch chování ve smyslu asociálního či disociálního chování. či zmírnit jejich nežádoucí projevy .

V textu bude používáno pojmenování ADHD/ADD či poruchové chování a to nejen pro jednodušší orientaci v názvech diagnóz, ale také z důvodu používaných praktických postupů a přístupů k dětem s tímto onemocněním, které se pojí k ADHD, nebo-li k problematickým rysům chování.

Ve většině vyšetření (viz. příloha 1, 2 a příloha 3) je doporučeno praktikovat doma i ve škole přístupy a metody k dětem s ADHD. Včasné rozpoznání a poskytnutí odpovídající péče může některé nepříznivé projevy chování potlačit či zmírnit hned v začátku projevující se nemoci.

Předpokládaná velikost vzorku je 16 dětí z I. a II. stupně ZŠ Školní 5, Děčín VI.

Byly zastoupeny všechny věkové kategorie žáků, u nichž bylo prováděno pozorování

Věkové rozložení bylo od 6 – 15 let. Průměrný věk je 9,2 let, což je mladší školní věk.

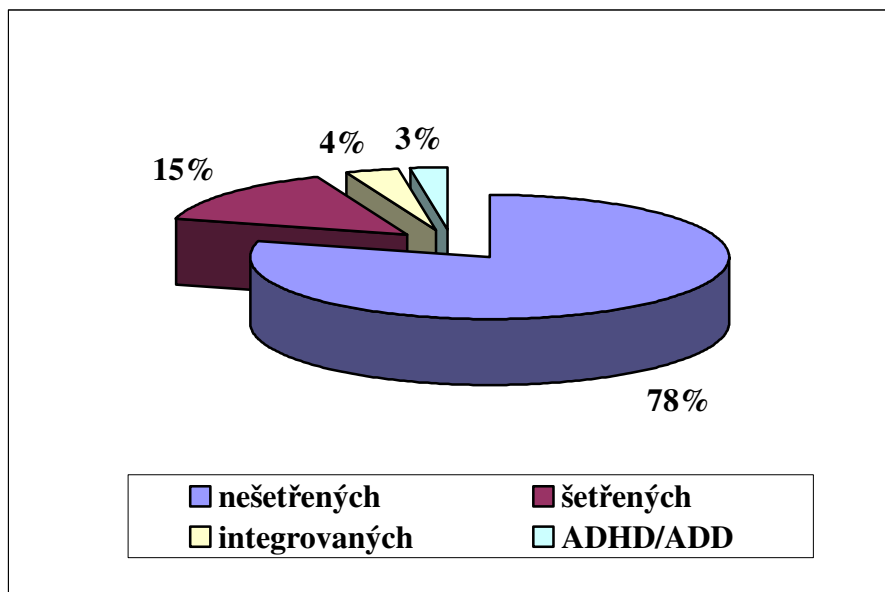
Poměr mezi chlapci a dívkami je 14:2.

Z toho vyplývá, jak už bylo naznačeno v teoretické části, že poruchou ADHD/ADD či symptomy na bázi LMD bývají více postiženi chlapci než děvčata a to obecně v poměru 10:1.

Jde většinou o děti s průměrnou či mírně nadprůměrnou inteligencí, které mohou mít zároveň potíže s učením.

**Poměr žáků nešetřených, šetřených, integrovaných a s
diagnózou ADHD/ADD na naší ZŠ**

Graf č. 1



Na grafu č. 1 je vyjádřeno v procentech kolik žáků je v roce 2008/2009 na naší škole šetřených v PPP, kolik žáků po šetření je integrovaných ve výuce a kolik žáků z celkového počtu nebylo v PPP dosud šetřeno.

Důvody k šetření byly různé, např. odklad školní docházky, symptomy ADHD/ADD, specifické problémy s učením, nezvládání učební látky či nevhodné, problémové chování žáků.

Pro přehled je v grafu znázorněno u kolika z integrovaných žáků byla potvrzena diagnóza ADHD/ADD.

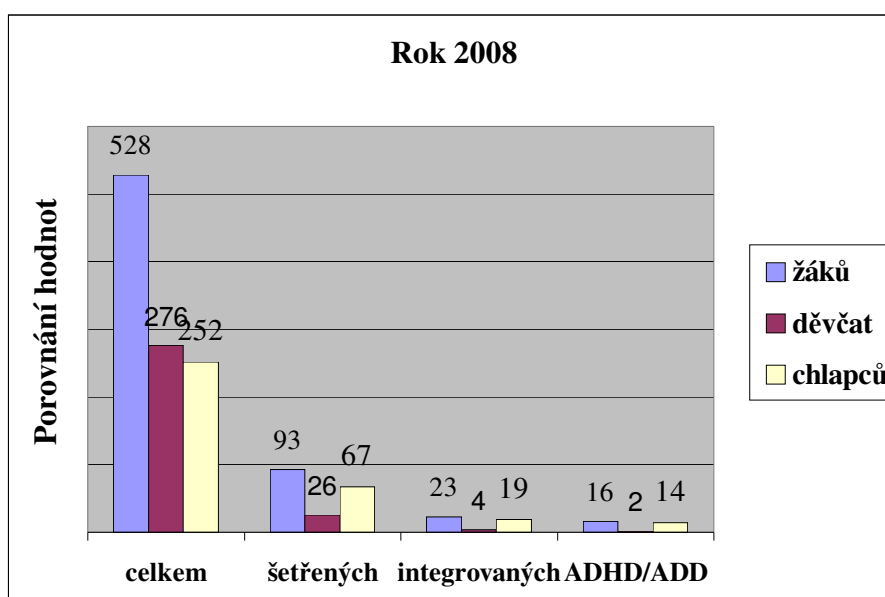
Ukázky některých závěrů ze šetření z PPP Ústeckého kraje jsou v příloze č.1., č.2, a č.3. na stranách 70,71,72. Jedná se většinou o počátek diagnózy a to v předškolním a mladším školním věku.

Porovnání chlapců a děvčat v integraci a s diagnózou

Tabulka č. 1

	celkem	šetřených	integrovaných	ADHD/ADD
žáků	528	93	23	16
děvčat	276	26	4	2
chlapců	252	67	19	14

Graf č. 2



Tabulka č. 1 spolu s grafem č. 2 ukazuje celkový počet žáků na škole v roce 2008, dále je zde vyjádřeno, kolik žáků bylo ve stejném roce šetřeno v PPP, integrováno ve výuce na ZŠ pro některou specifickou poruchu a u kolika žáků bylo diagnostikováno ADHD/ADD. Pro posouzení výskytu diagnózy v poměru pohlaví, je zde znázorněn i počet mezi dívkami a chlapci.

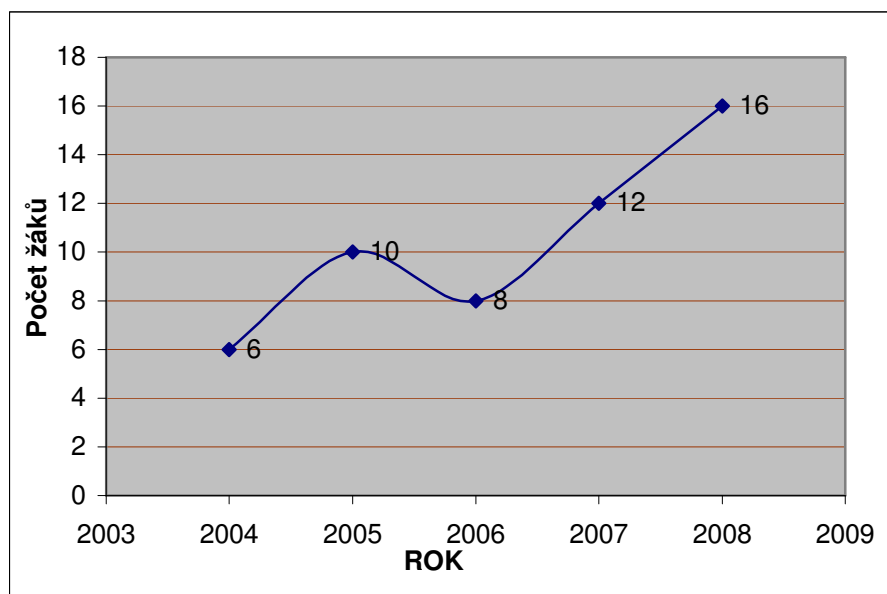
Výskyt ADHD/ADD na škole v rozmezí 5 let

Tabulka č. 2

rok	celkem žáků	šetřených žáků	integrovaných žáků	ADHD/ADD
2008	258	93	23	16
2007	530	84	22	12
2006	564	71	17	8
2005	573	86	21	10
2004	542	90	14	6

Graf diagnózy ADHD/ADD v rozmezí 5 let

Graf č.3



Z grafu č. 3 a zároveň z tabulky č. 2 je patrný nárůst počtu žáků s ADHD/ADD v běžné základní škole. Tento nárůst je vidět na naší škole, dá se tedy předpokládat, že celkově na školách přibývá žáků, u kterých se projeví symptomy ADHD/ADD, které mohou v pozdějším věku být klasifikovány jako poruchy chování.

3.3.1 Výskyt diagnózy ADHD/ADD na škole

Z celkového počtu žáků na škole je 97% tj. 512 žáků, u kterých nebyla diagnostikována porucha chování nebo zaznamenány charakteristické příznaky této poruchy. Ovšem u 3% tj. 16 žáků byla diagnostikována porucha chování ADHD nebo ADD a to i v rozdílném věkovém období.

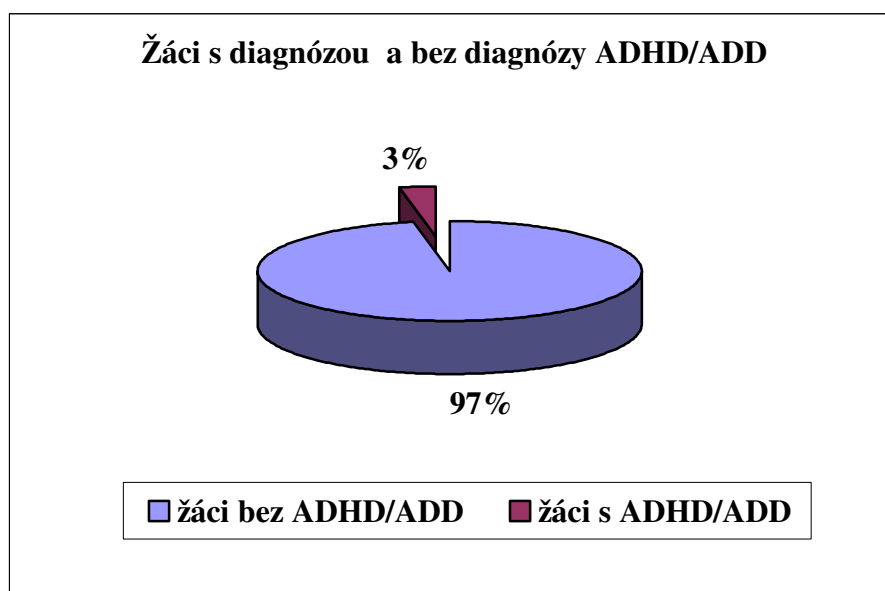
U některých žáků se projevy chování vyskytovaly ve větší míře až ve starším školním věku, někteří žáci přišli s diagnózou ADHD již z předškolního zařízení – MŠ.

Nejčastěji se diagnostikují kolem 8-9 let věku dítěte.

Poměr žáků s diagnózou a bez diagnózy na škole

Z grafu č. 4 je vidět poměr žáků na škole, kteří byli šetřeni z důvodu problematických rysů chování, které se pojí k ADHD/ADD a u kterých byla diagnóza potvrzena a žáků, kteří nemají problémy s chováním na ZŠ, či neprojevují se u nich žádné abnormality.

Graf č. 4



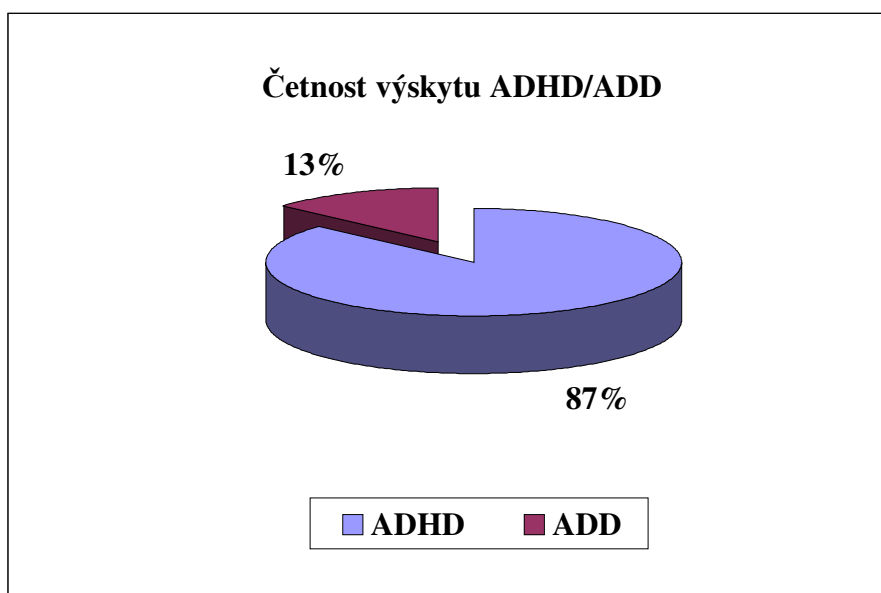
Četnost výskytu ADHD/ADD u diagnostikovaných žáků

Z grafu č. 5 vyplývá, že u většiny žáků a to 87% je prokázaná hyperaktivita = ADHD a u 13% žáků je prokázaná porucha chování bez hyperaktivity = ADD a to ve značně rozdílném poměru.

Výsledky průzkumu porovnání obou diagnóz se dají shrnout do poměru 6:1 v převažující pozici ADHD.

Impulzivita a hyperaktivita, které jsou charakteristické pro projevy poruchy chování ADHD je u dětí v dnešní době častější. Některé výzkumy poukazují na možnost vzniku této poruchy i vlivem nesprávného stravování, kdy určité typy potravin pro své vlastnosti mohou přispívat k určitému narušení chemických procesů v těle.

Graf č. 5



3.3.2 Výskyt ADHD/ADD v poměru dívky x chlapci

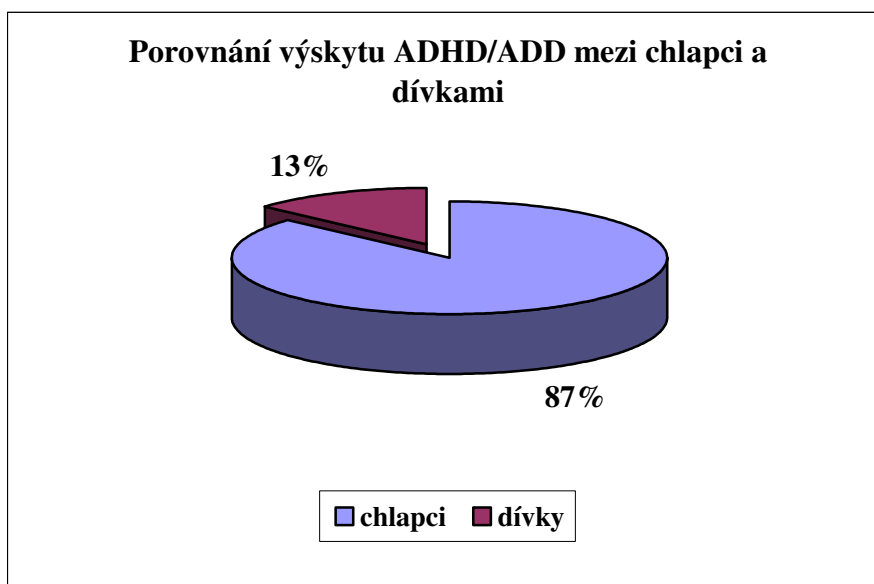
Dlouholeté výzkumy ukazují, že četnost výskytu poruch chování v poměru dívky a chlapci je velmi rozdílný. Dosud se nepodařilo jednoznačně objasnit příčinu, proč tomu tak je.

Existují však rozdíly ve struktuře a funkci CNS závislé na pohlaví. Chlapecký mozek bývá uspořádán asymetrickěji, celkové zrání je pomalejší, ale dochází k dřívější a striktnější funkční diferenciaci. Oproti tomu u dívek dochází ke zrání mozkových struktur rychleji, ale jejich mozkové hemisféry jsou méně specializované.

„.....větší produkce nervových buněk u plodů ženského pohlaví může sloužit jako jejich ochrana v případě poškození. Jedním z důkazů uvedeného předpokladu může být větší četnost specifických poruch učení, hyperaktivity a poruch pozornosti u chlapců.“³¹

O tom, že dědičné faktory (vrozené či získané) způsobují z více jak 50% vznik této poruchy jsou již vědecky či lékařsky podloženy. Jedním z možných důkazů může být i tento fakt z období vývoje mozku. Domnívám se, že z více jak 50% může být výskyt této poruchy v závislosti na pohlaví objasněn.

Graf č. 6



³¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.* 2005, s. 29

13% v grafu č. 6 uvádí, že z celkového počtu žáků, u kterých byly prokázány symptomy ADHD/ADD jsou 2 dívky a zbývajících 87% z grafu je 13 chlapců. Tento poměr chlapců je z I. a II. stupně základní školy, obě dívky však letošní školní rok jsou již na II. stupni základní školy.

3.3.3 Projevy ADHD/ADD syndromu na I. a II. stupni

Nejčastější projevy chování u mladšího a staršího školního věku jsou podobné, mění se pouze jejich četnost a intenzita. Dozríváním CNS vlivem vývoje žáků a vhodnými reedukačními metodami se snižuje jejich intenzita a četnost. Některé projevy jsou charakterističtější v mladším školním věku, některé ustupují a některé se mohou i zhoršovat. Není vyloučeno, že se neobjeví zcela nové (další) projevy, které mohou mít i charakter disociálního chování. Stejně tak se mohou přidat i druhotné potíže.

Toto vše si učitelé uvědomují, proto s dětmi pracují tak, aby se poruchám spíše předcházelo, než je netečně ignorovat a v budoucnu se potýkat s vážnějšími důsledky v oblasti chování žáků.

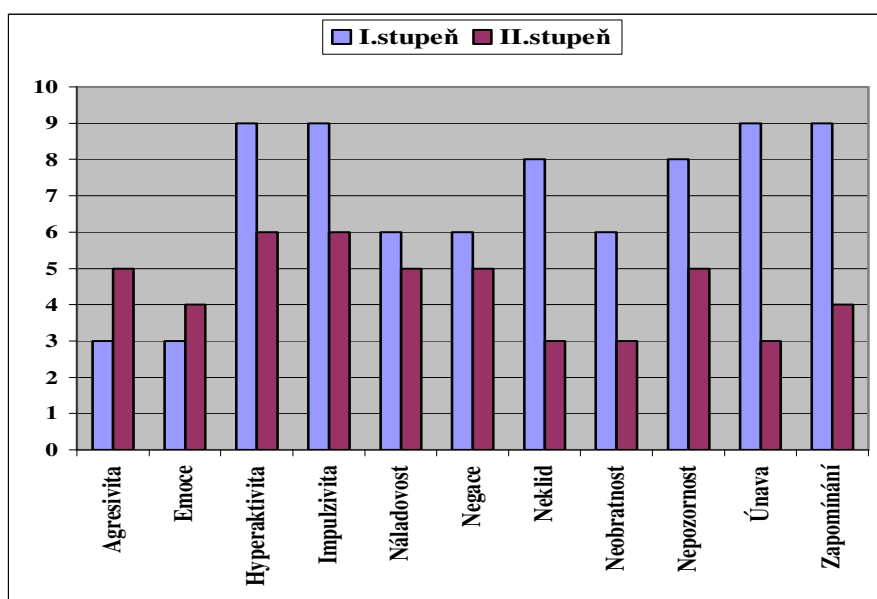
Tabulka č.3

PROJEVY	I.stupeň	II.stupeň
Agresivita	3	5
Emoce	3	4
Hyperaktivita	9	6
Impulzivita	9	6
Náladovost	6	5
Negace	6	5
Neklid	8	3
Neobratnost	6	3
Nepozornost	8	5
Únava	9	3
Zapomínání	9	4

V tabulce č. 3 číslice vyjadřuje počet žáků, u kolika z nich se pedagogové s konkrétním projevem nepřiměřeného chování při vyučování setkali nebo zaznamenali symptomy ADHD/ADD, které ztěžují dětem školní výkon a to jak na I. tak i II. stupni ZŠ. U jednotlivých projevů se může posoudit četnost výskytu v porovnání na celé základní škole, kde probíhal průzkum

Projevy symptomů ADHD/ADD

Graf č.7



V grafu č. 7 je přehledným způsobem vyznačeno u kolika dětí a z kterého stupně ZŠ se konkrétní projevy chování vyskytovaly, zároveň je v grafu znázorněno, které projevy se vyskytovaly ve větší míře, které naopak časem ustupovaly. Projevy jsou znázorněny jak z I. tak i z II. stupně ZŠ a je zde patrný ústup výskytu některých symptomů ADHD/ADD. Tento ústup je zřejmě důsledkem systematické práce pedagogů s žáky, které pro svou diagnózu byli integrováni. U agresivity a emocí je však na II. stupni výskyt ve větší míře, zřejmě to může souviset také s hormonálními změnami v organismu v období adolescence. Výbušné chování můžeme v tomto věku zaznamenat i u zdravých dětí, proto u dětí se symptomy ADHD mohou být zřetelnější a mohou častěji překračovat míru tolerance jak pedagogů, tak i rodičů.

3.4 Průběh průzkumu

Průzkum probíhal na základní škole v Děčíně. Cílem bylo zmapovat a) možnosti práce učitele s dětmi s LMD během vyučování; b) zda metody, které jsou učiteli používány mohou mírnit symptomy ADHD ve svých projevech, ale zároveň mohou být omezené. V dnešní době, kdy se ve školství nejen mluví o vhodnosti integrace žáků s e specifickými problémy či jinak handicapovaných, se naskytla otázka, zda učitelé souhlasí s integrací žáků se symptomy ADHD/ADD a možnými následnými poruchami chování do běžné základní školy.

Celkem 25 učitelů z I. a II. stupně základní školy bylo požádáno o vyplnění dvou dotazníků.

Dotazník č.1 byl zaměřen na postavení a integraci dětí s handicapem ve škole. Otázky v dotazníku byly uzavřené, jen v úvodu byly 2 otázky identifikační. Návratnost tohoto dotazníku byla stoprocentní.

Dotazník č. 2 byl již časově náročný, všechny otázky byly otevřené. Z toho důvodu bylo vhodné osobně požádat o vyplnění dotazníku a zdůvodnit, proč by bylo vhodné jej vyplnit. Ne všem respondentům se dotazník zamlouval. Byl jim ponechán čas na rozmyšlenou a po zodpovězení některých doplňujících informací se rozhodlo dotazník vyplnit 21 respondentů.

Dotazník byl anonymní, jediný požadavek byl v upřesnění, zda se jedná o zkušenosti pedagoga z I. nebo II. stupně ZŠ.

Otázky byly formulovány tak, aby odpovědi byly zpracované na základě zkušeností z práce s dětmi s LMD. Nešlo o jednoho konkrétního jedince, ale o dlouhodobé praktické zkušenosti při pedagogickém působení na tyto žáky. Nemělo být používáno teoretických znalostí a opisování poradenských zpráv, ale konkrétních aplikovaných metod a postupů pro úspěšné začlenění handicapovaných jedinců do kolektivu běžné třídy. U některých respondentů mohly být odpovědi obsažnější, jelikož se během své pedagogické práce mohli setkat s různými diagnózami a typy jedinců.

Přístup, který někteří kolegové k vyplnění dotazníku zaujali, byl zodpovědný a snažili se popsat co nejširší škálu možností jak projevů dětí, tak i způsob jejich usměrňování.

Doba, která byla stanovena na vyplnění dotazníku, byla ryze individuální, jelikož k vyplnění dotazníku se rozhodli dobrovolně. Ve finále byla návratnost 84% v časovém úseku 7-10 pracovních dnů.

Jednotlivé odpovědi v dotazníku byly zpracovány a vyhodnoceny. U některých otázek byly odpovědi pedagogů dosti podobné, ne-li totožné. A to z důvodu neměnnosti některých projevů žáků a metod používaných k jejich usměrňování.

3.4.1 Vyhodnocení dotazníků

A. Dotazník č. 1

Návratnost dotazníku byla 100%. Otázky byly uzavřené, přesto někteří respondenti měli potřebu se k některým odpovědím vyjádřit na základě vlastních zkušeností.

Odpovědi respondentů jsou zaznamenány v grafu č.8. V grafu není rozlišeno, zda jde o žáky I. nebo II. stupně ZŠ, vyhodnoceny jsou pouze odpovědi.

Typy otázek, které jsou v grafu očíslovány (A,B,C,D,E,F,G,H) jsou zaznamenány v tabulce č.4.

Odpovědi na otázky byly typu: ano x ne; souhlasím x nesouhlasím; větší x menší; uznává x neuznává, respektuji x nerespektuji; horší x stejné; stejné x menší. Odpovědi, které můžeme zařadit mezi kladné nebo odpovědi s lepší prognózou byly v grafu označeny ANO; záporné odpovědi a odpovědi s horší prognózou NE. Z tohoto dotazníku se můžeme dozvědět, zda učitelé souhlasí s integrací žáků s handicapem do běžné třídy ZŠ a jaké mají děti možnosti pro začlenění do kolektivu a vzdělávacího procesu.

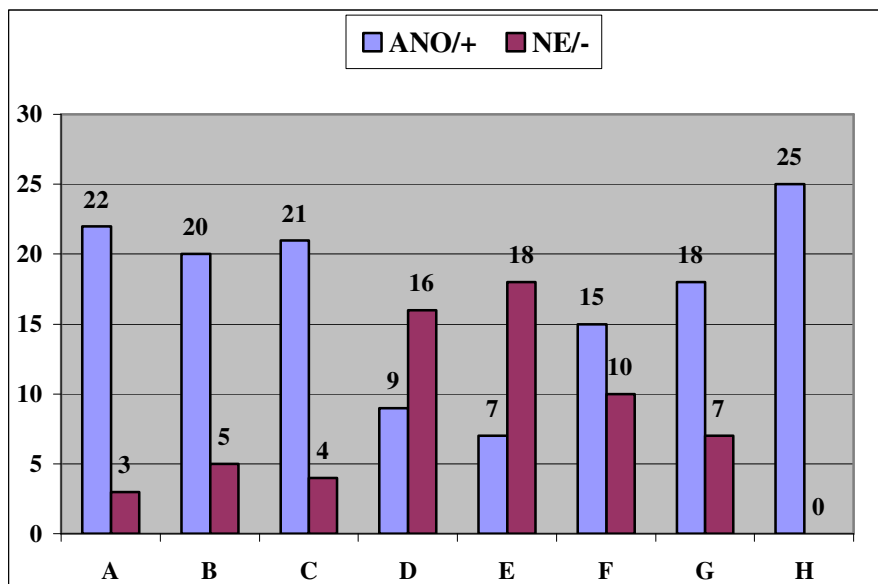
Otázky v dotazníku č.1

Tabulka č. 4

A	Integrace žáků s ADHD do ZŠ	souhlasím	nesouhlasím
B	Žák s poruchou chování autoritu učitele	uznává	neuznává
C	Zkušenosti ze spolupráce s rodiči žáků s ADHD	pozitivní +	negativní -
D	Jsou děti s ADHD přijímány do kolektivu negativně	Ano	Ne
E	Předpoklady pro vzdělání mají v porovnání s ostatními	Ano /stejně/	Ne /menší/
F	Asistent pro žáky s ADHD	Ano	Ne
G	Chování žáků s ADHD je v porovnání s ostatními dětmi	Ano /horší/	Ne /stejně/
H	Respektuji doporučení z PPP	Ano	Ne

Možnosti dětí s ADHD/ADD na ZŠ

Graf č.8



- Celkem 88% učitelů souhlasí s integrací žáků do ZŠ, kteří trpí specifickou poruchou na bázi LMD (ADHD/ADD).
- Kladné zkušenosti s uznáváním autority učitele ve škole u žáků s ADHD má 70% učitelů. 20% učitelů má zkušenosti jak negativní, tak i pozitivní, záleží i na vzájemné empatii žáka s učitelem a 10% učitelů má negativní zkušenosti s uznáváním autority u žáků s poruchou chování.
- Spolupráce s rodiči je dobrá, 84% učitelů má dobrou zkušenost s rodiči u žáka s ADHD/ADD při vzájemné spolupráci a komunikaci.
- V 64% případů jsou děti s ADHD přijímány kladně do kolektivu třídy, zbývajících 36% je přijímána s výhradami, a ty mohou způsobit také samotní žáci s diagnózou ADHD/ADD, podle toho, jak se sami v novém kolektivu prezentují.
- Žáci s LMD, mají dle většiny pedagogů a to v 72% z dotazovaných menší možnosti předpokladů ke vzdělání a sebeuplatnění a to z důvodu svého handicapu. 7 pedagogů tj. 28% je jiného názoru a to, že předpoklady pro vzdělání jsou u žáků s LMD stejné jako u ostatních. Je zřejmé, že intelekt mají v pásmu průměru až nadprůměru a zřídka bývá intelekt narušen.
- Pro asistenta do vyučovacích hodin k žákům se symptomatickou poruchou ADHD se vyjádřilo kladně 15 učitelů tj. 60%, ovšem raději by jinou eventualitu řešení a to snížení počtu dětí ve třídě.
- Žáci s ADHD mají největší problémy s kázní. Každý pedagog má také jiný stupeň tolerance chování. 18 učitelů, tj. 72% označuje chování žáků v porovnání s ostatními za horší, 7 učitelů, tj. 28% se domnívá, že rozdíly v chování nejsou až tak veliké. Zřejmě záleží na stupni poruchy chování, věku žáka, na spolupráci mezi rodiči a školou a používání vhodných regulačních metod.
- Z celkového počtu 25 dotazovaných pedagogů všichni, tedy 100% dotazovaných pedagogů respektuje doporučení z PPP, přibližně polovina s určitými výhradami. V praxi bývá situace většinou jiná a podle toho se každá individuální práce pedagoga přizpůsobuje prostředí třídy, plánům školy, individuálním cílům a potřebám žáka.
- V závěru dotazníku byla pedagogům položena otázka:
„Mohou se u žáků s LMD při vhodném působení učitele a při výběru vhodných metod ve škole zmírnit symptomy projevů poruch chování?“

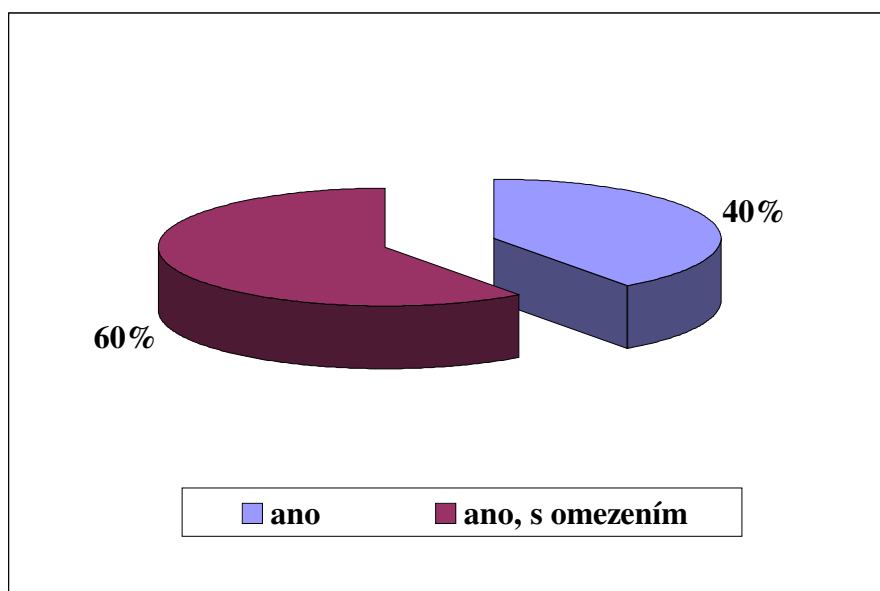
Na výběr byly dány 4 možnosti:

- a) ano
- b) ne
- c) spíše ne
- d) ano, ale i používání osvědčených metod může být omezené

Odpovědi na otázku byly ve všech případech kladné, znamená to, že při vhodném působení učitele a při výběru osvědčených a vhodných metod, lze zmírnit problematické rysy chování u žáka s ADHD/ADD. Zároveň 60% pedagogů z dotazovaných, je přesvědčeno, že používání těchto metod může být zároveň omezené. Odpovědi v dotazníku vyplynuly z praxe pedagogů na základě vlastních zkušeností. Vzhledem k dlouhodobému problému s ADHD, mají učitelé základních škol dostatečné znalosti a zkušenosti s jejich vypořádáním. Je důležité si uvědomit, že nikdo, a tedy ani dítě, nedělá za normálních okolností chyby schválně.

Účinnost metod při práci s žáky s ADHD/ADD

Graf č. 9

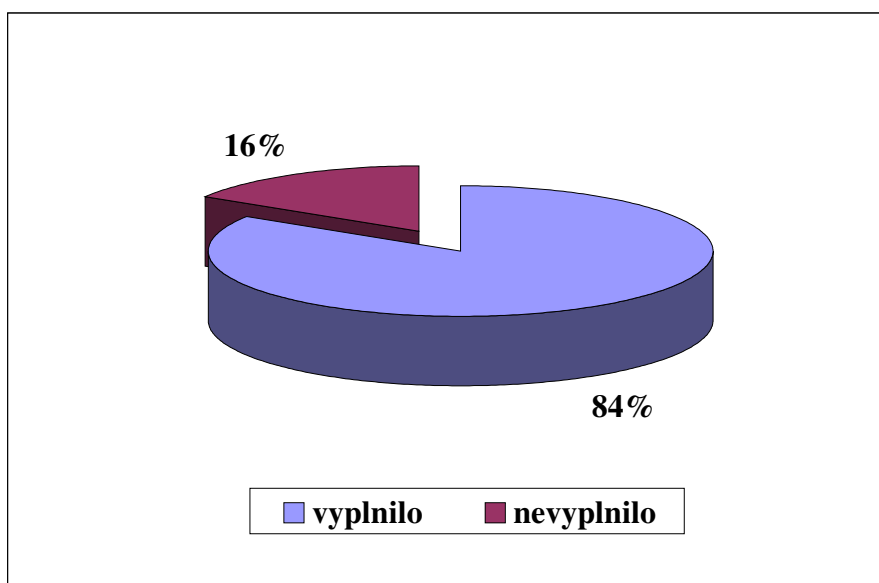


B. Dotazník č. 2

Návratnost dotazníku byla 84%, zřejmě z důvodu obsáhlejších odpovědí a z časových důvodů dotazovaných učitelů. Z 25 učitelů vyplnilo dotazník 21. Důvody pro nevyplnění dotazníku nebyly vyžadovány, lze se tudíž domnívat, že pro dotazované toto téma nebylo zajímavé ani aktuální. Respondenti vyplňující dotazník byli většinou třídní učitelé jednotlivých tříd, či vyučující jazyků, humanitních předmětů a matematiky.

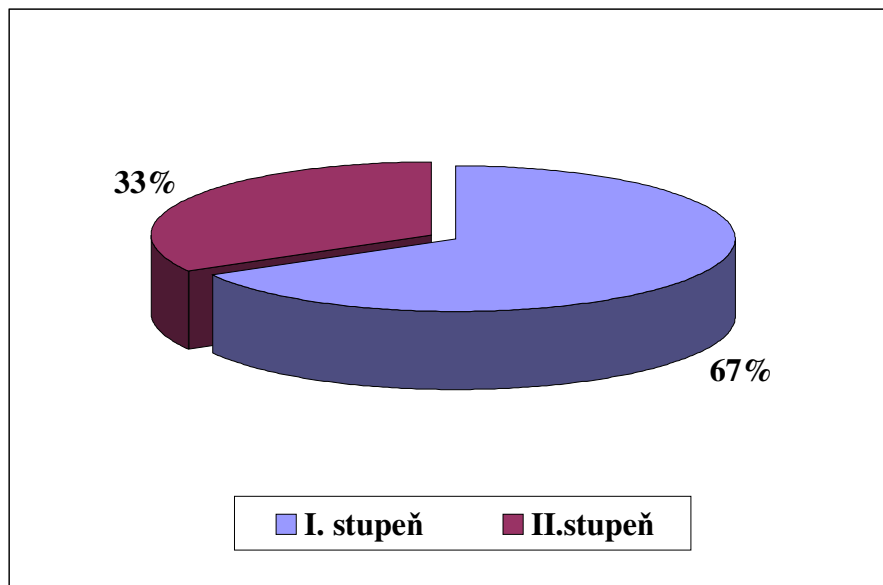
Na grafu č. 10 je znázorněno v procentech kolik z oslovených pedagogů se rozhodlo dotazník vyplnit.

Graf č. 10



Graf č. 11 znázorňuje v procentech kolik učitelů se rozhodlo vyplnit dotazník z I. stupně a kolik z II. stupně. ZŠ. Jak je z grafu patrné, dotazník více oslovil učitele z I. stupně. Lze se tudíž domnívat, že na I. stupni se s problematikou či projevy ADHD setkávají učitelé častěji, zřejmě i z důvodu jejich diagnostiky a to během prvního školního roku. Učitelé na I. stupni v kmenových třídách vyučují častěji a dovedou odhadnout a zaznamenat, jaké chování je pro žáka daného ročníku žádoucí a v jakém případě se obrátit při opakovaných obtížích na rodiče a spolu s nimi pak žádat o odborné vyšetření či pomoc.

Graf č. 11



Shrnutí odpovědí učitelů z dotazníku č.2

Nejčastěji používané metody a postupy učitelů u žáků s ADHD

- klidný přístup
- střídání činností
- odvádění pozornosti od neúspěchu, nezesměšňovat žáka
- uvolnit napětí, snaha zlehčit náročné situace pro žáka
- při neúspěchu ukázat možnosti dalšího řešení
- povzbuzení, chválit každý úspěch
- nepoukazovat zbytečně na neúspěch a chyby
- přisun čerstvého vzduchu
- odložit práci, vyčkat na lepší koncentraci žáka – nikdo není dokonalý
- korigovat očima, dát najevo žákovi, že o něm víme a záleží nám na něm
- vhodně dítě posadit v lavici – nemít rušivé podněty v zorném poli
- na některé projevy nereagovat
- zaměstnat práci, která ho baví – nechat zažít úspěch

- relaxační chvilka – odpočinek, uvolnění, zaměstnat pohybem
- odvést pozornost třídy, aby se nestal „třídním šaškem“
- pověřit žáka úkolem
- dát žákovi možnost prezentovat před třídou své schopnosti, zájmy, dovednosti
- nepřetěžovat úkoly, někdy méně znamená více
- jasně stanovit pravidla, která se budou dodržovat
- sebehodnocení žáka a zapojit také ostatní spolužáky

Nejčastější postupy učitele při mírnění projevů afektovaného chování žáka

- zachovat klid, odložení řešení po odeznění emocí
- v rámci možností rozbor situace, pokusit se o vysvětlení
- nevyhrocovat situaci
- snažit se klidně ukázat na problém, nezvyšovat hlas
- stanovit pevné mantinely, aby žák věděl co je únosné a co nikoliv
- zklidnit dotykem, očním kontaktem, úsměvem
- netolerovat nevhodné projevy a chování
- dbát důsledného dodržování předem stanovených pokynů a postupů
- důsledná kontrola činnosti žáka
- použít vtip, úsměv – nezesměšňovat žáka před ostatními
- odvedení od žáků

3.5 Vyhodnocení předpokladů

Předpoklad č. 1

Provedeným průzkumem vzhledem ke zvyšování počtu integrovaných žáků na školách a tím i ve třídách bylo zjištěno, že 88% učitelů na základní škole, kde průzkum probíhal, souhlasí s integrací žáků s ADHD/ADD do běžné základní školy.

Předpoklad číslo jedna se potvrdil.

Předpoklad č. 2

Na základě provedeného průzkumu mezi pedagogickými pracovníky ZŠ bylo zjištěno, že učitelé jsou na základě mnohaletých zkušeností, porovnáváním a studiem odborných zpráv ze specializovaných pracovišť přesvědčeni o tom, že používané metody a postupy mohou mírnit problematické rysy chování u žáků s ADHD. Učitelé zaznamenávají ústup a mírnění některých projevů či příznaků ADHD během soustavného a důsledného působení na žáka. Zároveň individuální přístup a empatie učitele dávají žákům pocit jistoty i důležitosti. Některé metody a postupy zmírňují emocionální projevy při vyučování i ostatních žáků a vhodné relaxační techniky pomáhají uvolnit napětí celého třídního kolektivu, mají i pozitivní vliv na komunikaci nejen mezi žákem a učitelem, ale i mezi žáky navzájem.

Předpoklad číslo dva se potvrdil.

Předpoklad č.3

Provedeným průzkumem, bylo zjištěno, že používané metody při práci s dětmi s ADHD/ADD jsou úspěšně využitelné a dostatečně používané zvláště pedagogy, některé metody mají zároveň schopnost přizpůsobení se situaci, ale zároveň mohou být ve své aplikaci a působnosti omezené. Pokud by možnosti metod byly neomezené, nepřibýval by počet dětí s takovým stupněm narušeného chování, kterým ohrožuje nejen sebe, ale i ostatní. Dále by docházelo k nápravě a ne „pouze“ ke zmírnění projevů chování. Jelikož z literatury známe, že prognóza LMD je dobrá, ale ne u všech typů onemocnění dojde k nápravě.

Předpoklad číslo tři se potvrdil.

4 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti učitele při práci s dětmi se specifickými poruchami chování na bázi LMD, které se projevují jako problematické chování s rysy ADHD/ADD během vyučování. Zda se dají nějakým způsobem usměrňovat reakce dětí s těmito rysy problematického chování, jaký postup se při zvládání negativních emocí u dětí pedagogům osvědčil a dále jestli tyto metody či způsoby práce jsou dostatečně využívány při vyučování. Zda se mohou žáci s ADHD/ADD při vhodném způsobu seberealizovat a mají-li stejné možnosti ve vzdělání jako jejich spolužáci. Přínosné bylo i zjištění stanoviska učitelů k integraci žáků s ADHD/ADD do běžné třídy základní školy.

Nikdo nemá návod, jak s dětmi zacházet, ať již s dětmi zdravými, tak i s určitým znevýhodněním. Na každého jedince platí jiné metody a přístupy, záleží i na povaze a struktuře jeho osobnosti, také na ochotě spolupracovat. Cíle práce byly splněny.

Současně práce ověřovala 3 předem stanovené předpoklady.

Předpoklad č.1: S integrací žáků s problematickými rysy chování do běžné třídy ZŠ souhlasí většina učitelů. Na základě odpovědí v dotazníku byl předpoklad splněn, 88% učitelů souhlasí s integrací těchto žáků do ZŠ.

Předpoklad č. 2: Používané metody mohou mírnit projevy chování dětí s LMD při vyučování. Byl potvrzen. Všichni dotazovaní učitelé souhlasí, že vhodné metody a přístupy k dětem s LMD mají vliv na zmírnění nežádoucích projevů chování a to nejen během vyučování, ale i o přestávkách.

Předpoklad č.3: Používané metody v práci s dětmi s LMD jsou úspěšně využitelné, ale zároveň mohou být i omezené ve svém kladném působení na jedince. Byl potvrzen. 60% dotázaných učitelů je toho názoru, že přestože používané metody jsou v práci s dětmi s LMD úspěšné, tak zároveň mohou být ve svém působení omezené.

Práce s dětmi s poruchami chování či s jejich rysy je velice náročná a zdoluhavá. Všichni, kdo se podílejí na výchově a vzdělávání těchto dětí, by si měli uvědomit nutnou spolupráci mezi rodinou a školou.

Dětem by se mělo vytvořit klidné a chápající rodinné prostředí, stanovit dítěti pevný řád, důslednost v dodržování určených pravidel, nejdůležitější je sjednocení

výchovných postupů v rodině, ale i ve škole. Je důležité umožnit dítěti zažít úspěch a soustředit se na kladné stránky osobnosti dítěte.

Každé dítě potřebuje mít vedle sebe někoho, kdo má o něj zájem, kdo ho povzbuzuje, naslouchá mu, chrání ho, vede a podporuje. Žádné z dětí si nevybralo svůj osud dobrovolně. Každé chce být milováno, přijímáno a obdivováno a to nejen ve vlastní rodině, ale i ve společnosti kamarádů, spolužáků i ostatních dospělých.

Domnívám se, že v oblasti poruch chování u dětí bude ještě dlouhou dobu docházet ke změnám v důsledku vývoje společnosti, tato problematika není ještě zcela prozkoumána a ukončena.

I přesto, že práce s dětmi se syndromem ADHD nebývá snadná a vyžaduje velkou dávku trpělivosti a ochoty pomáhat ze strany učitelů, měli bychom si pro děti zdravé i trpící různými poruchami učení a chování přát pedagogy, kteří chtějí, aby jejich žáci byli ve škole rádi.

Jestliže se člověk rozhodne pro děti dělat víc, než mu ukládá náplň práce a jestliže k práci s dětmi přistupuje s láskou a oddaností, potom je schopen dosáhnout téměř čehokoliv.

Stará moudrost praví:

“Pane Bože, dej mi sílu, abych změnil to, co se změnit dá.

Dej mi trpělivost, abych snášel to, co se změnit nedá.

A dej mi moudrost, abych uměl mezi obojím rozlišovat “.

5 SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

EEG BIOFEEDBACK – PSYCHOLOGICKÉ CENTRUM A INSTITUT, *Asociace pro aplikovanou psychofyziologii a biofeedback ČR* /on line/. Praha 6, 27.6.2002. /cit. 2008-04-26/. Dostupný z Word Wide Web: <http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php?menu=5>

DRTÍLKOVÁ, Ivana. *Hyperaktivní dítě*. 2.vydání. Praha: v nakladatelství Galén 1.vydání, 2007. 79 s. ISBN 978-80-7262-447-8.

ELLIOTT, Julian. PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích*. 1.vydání, Praha: Grada Publishing, 2002. 206 s. ISBN 80-247-0182-0.

HALLOWEL, Edvard M. RATEY, Jon J. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. 1.vydání. Praha: Návrat domů, 2007. 306 s. ISBN 978-80-7255-154-5.

HARTL, Pavel. HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1.vydání. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra. ŽÁČKOVÁ, Hana. *Metody práce s dětmi s LMD především pro učitele a vychovatele*. 1.vydání. Praha: nakladatelství D&H, 2003. 24 s.

LOKŠA, Jozef. LOKŠOVÁ, Irena. *Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve škole*. 1.vydání. Praha: Portál, 1999. 199 s. ISBN 80-7178-205-X.

MICHALOVÁ, Zdena. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 1.vydání. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. 207 s. ISBN 80-7311-075-X.

MUNDEN, Alison. ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 2.vydání. Praha: Portál, 2006. 119 s. ISBN 80-7367-188-3.

NOVOTNÁ, Marie. KREMLIČKOVÁ, Marta. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1. vydání. Praha: SPN, 1997. 116 s. ISBN 80-95937-60-3.

PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1.vydání. Praha: Grada, 2007. 234 s. ISBN 978-80-247-1426-4.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vydání. Brno: Paido edice pedagogické literatury, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3.vydání. Praha: Portál, 2001. 333 s. ISBN 80-7178-570-9.

PREKOPOVÁ, Jiřina. SCHWEIZEROVÁ, Christel. *Neklidné dítě*. 1.vydání. Praha: Portál, 1994. 143 s. ISBN 80-7178-019-7.

PRŮCHA, Jan. WALTEROVÁ, Eliška. MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 1.vydání. Praha: Portál, 1995. 292 s. ISBN 80-7178-029-4.

RIEFOVÁ, Sandra. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. 1.vydání. Praha: Portál, 1999. 251 s. ISBN 80-7178-287-4.

ŘÍČAN, Pavel. VÁGNEROVÁ, Marie. *Dětská klinická psychologie*. 1.vydání. Praha: Avicenum, 1991. 360 s. ISBN 80-201-0131-4.

SERFONTEIN, Gordon. *Potíže dětí s učením a chováním*. 1.vydání. Praha: Portál, 1999. 149 s. ISBN 80-7178-315-3.

SZABOVÁ, Magdaléna. *Preventivní a nápravná cvičení*. 1.vydání. Praha: Portál, 2001. 143 s. ISBN 80-7178-504-0.

ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. 2.vydání. Praha: Portál, 2001. 246 s. ISBN 80-7178-557-1.

ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu*. 1.vydání. Praha: Portál, 2002. 175 s. ISBN 80-7178-689-6.

TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 198 s. ISBN 80-7178-503-2.

TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 1997. 164 s. ISBN 80- 7178-131-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005 467 s. ISBN 80-246-0956-8

ŽÁČKOVÁ, Hana. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra. *Relaxace nejen pro děti s LMD*. 1.vydání. Praha: nakladatelství D&H, 2000. 43 s.

6 SEZNAM POUŽÍVANÝCH ZKRATEK

ADD: Attention Deficit Disorder, porucha pozornosti

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou

CNS: centrální nervová soustava

DSM-IV: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

EEG: elektroencefalograf - záznam elektrické aktivity mozku

ICD-10: Mezinárodní klasifikace nemocí

IVP: Individuální vzdělávací plán

LMD: syndrom lehké mozkové dysfunkce

MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí

MŠ: mateřská škola

MŠMT: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

např.: například

PPP: pedagogicko psychologická poradna

tj.: to jest

tzv.: tak zvaně

ZŠ: základní škola

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Poradenská zpráva z PPP Ústeckého kraje ze dne 17.06.2008 s. 66

Příloha č. 2 Poradenská zpráva z PPP Ústeckého kraje ze dne 09.04.2008 s. 67

Příloha č. 3 Poradenská zpráva z PPP Ústeckého kraje ze dne 11.08.2008 s. 68

**Pedagogicko-psychologická poradna Ústeckého kraje
a Zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků
Teplice, příspěvková organizace
pracoviště Děčín, Jiřího z Poděbrad 209/19, 405 02**



tel.: 412 532 071

PORADENSKÁ ZPRÁVA

zpráva určena pro : rodiče (pro ZŠ)

Jméno klienta a datum nar. :

nar.: 27. 4. 1998

bydliště : Děčín VI,

škola; třída : ZŠ Děčín VI, Školní - 3. B

důvěrné !

vyšetřen dne : 5. 6. 2008

důvod vyšetření : problémy se soustředěním a tempem

zpráva zpracována ke dni : 17. 6. 2008

č.j. 223/08

V PPP chlapec vyšetřen již v předškolním věku, kdy mu byl doporučen odklad školní docházky, který byl i ve šk. r. 2004/05 realizován. Nyní o vyšetření zažádala učitelka třídní po dohodě s otcem chlapce. Ve škole je Jiřík roztěkaný, neudrží pozornost, pracuje velmi pomalu, potřebuje stálý dohled. Prospěch zatím má chlapec průměrný. Dle názoru otce se Jiřík ve 3. tř. prospěchově zhoršil (Čj a Nj). Doma se na vyučování připravuje v průměru 30 minut denně.

Z vyšetření :

Jiřík je při navazování kontaktu posmutnělý, během rozhovoru působí vyjukaně. Z rozhovoru s chlapcem vyplývá, že pobyt ve škole pro něj není příliš radostný, ve třídě má pouze jednoho kamaráda, intenzivně vnímá výtky pí učitelky vůči vlastní osobě. Vztah ke škole ale nelze označit za negativní. Jiříka baví Prv, Tv a M, v oblíbené nemá Čj. Doma se nejčastěji na školu připravuje pod dohledem babičky, někdy procvičuje s otcem. Na kroužek žádný nechodí, rád by dělal nějaký sport.

Po celou dobu vyšetření byla u Jiříka patrná snaha zavděčit se a pracovat kvalitně. Evidentně se hldá, aby seděl v klidu, je ale patrný „vnitřní neklid“, téká očima kolem, postupně zaměštnává alespoň ruce. Často se stává, že reaguje na pokyny a dotazy ještě před tím, než byly plně dokončeny, zbytečně pak při práci zmatkuje a chybí, někdy dochází i k situacím, že z důvodu nevyslechnutí celého pokynu nesplní celý úkol ... Jiřík zde pracoval nevyrovnaným tempem, na rozdíl od práce ve škole jsem však nezaznamenala vyložení volné pracovní tempo (hraje zde roli jistě rozdíl mezi školní prací - kde individuální spolupráce není možná po celou dobu vyučování - a prací v poradně, která je ryze individuální). I přes slušnou pojmovou výbavu má chlapec občas problémy s vyjádřením myšlenek, hledá slova.

Intelektová výkonnost chlapce je nevyvážená - verbální složky intelektu dosahují aktuálně v globálu středu pásma průměru, neverbální složky intelektu jsou oslabené. Zaznamenán byl i významnější intratestový rozptyl. Problémy se objevují v úlohách, kde výkon je výrazně ovlivlen od aktuální úrovně pozornosti. Největší problémy mu pak činí vizuální asociativní učení v souběhu s nároky na tempo, koncentraci pozornosti a grafomotoriku.

Závěr a doporučení :

Chlapec se svým výkonem řadí mezi děti s nerovnoměrnou intelektovou výkonností (problematika ADHD, nerovnoměrné zrání CNS). S tím souvisí jeho problém s pozorností, i s unavitelností a kolísajícím pracovním tempem.

Zdravotní znevyhodnění žáka vyžaduje zohlednění při vzdělávání podle § 16, odst. 3 a odst. 6 Zákona 561/2004 Sb. - při práci s chlapcem je vhodné se řídit pokyny pro učitele dětí s ADHD.

**Pedagogicko-psychologická poradna Ústeckého kraje
a Zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků,
Teplice, příspěvková organizace
pracoviště Děčín, Jiřího z Poděbrad 209/19, 405 02**



tel.: 412 532 071

PORADENSKÁ ZPRÁVA

zpráva určena pro : Rodiče dítěte (pro ZŠ)

22.6.2001

jméno klienta a datum nar. :

bydliště : Bechlejovice 63, Děčín 26

škola, třída : MŠ Weberova, Děčín 6

vyšetřen dne : 9.4.2008

důvod vyšetření : kontrola po OŠD

zpráva zpracována ke dni : 9.4.2008

důvěrné !

č. 114/08

Případ : Tadeáš přichází do poradny na kontrolní šetření. V poradně byl šetřen poprvé v únoru 2007 – závěr: doporučen OŠD pro nerovnoměrný psychomotorický vývoj na bázi problematiky ADHD, globální nezralost.

Z anamnézy : opožděný vývoj řeči (dlouho nemluvil, první slova se objevila ve třech letech; veden n alergologii a na ORL; matka uvedla, že Tadeášovi odklad hodně pomohl, řeč se již upravila – nemusí chodit na logopedii

Z vyšetření : Tadeáš je somaticky přiměřeně vyspělý chlapec bez adaptivních potíží. Kontakt navazuje suverénně, oznamuje mi, že už umí písmenka. Po celou dobu šetření se projevuje motorický neklid a slabá výdrž při zátěži, bylo nutné dělat více krátkých přestávek – problematika ADHD. Chlapec načítá do 19, v množství se orientuje bez potíží. Barvy zná dobře, z geometrických tvarů si nevybavil obdélník. Tadeáš je schopen samostatné práce, ale ta je poznamenána potížemi s koncentrací pozornosti. Grafomotorika stále ještě není plně zralá, ale Tadeáš i v tomto učinil pokrok. Nápodoba konfigurace bodů i nápodoba psacího písma je zdařilá – jen je díky tvrdé ruce snížena kvalita provedení. Slovní zásoba chlapce se jeví jako mírně nadprůměrná, intelektové schopnosti (neverbální) chlapce se dle orientační názorové zkoušky aktuálně jeví jako nadprůměrné. Tadeáš sám se do školy velmi těší.

Závěr a doporučení : Chlapec během odkladu učinil veliký pokrok, řeč je upravena i schopnost plnit úkoly je výrazně zlepšena. Při práci s Tadeášem doporučuji využívat pokynů pro práci s dětmi a ADHD. Tadeáš potřebuje častější kontakt s dospělým, častěji potřebuje zklidnit a jemně vrátit zpět k činnosti, bylo by vhodné, kdyby chlapec seděl co nejbližší vyučujícímu. Žádám o toleranci motorického neklidu chlapce

vyšetřil: Bc. Jana Mašínová

Pedagogicko-psychologická poradna Ústeckého kraje
a Zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků,
Teplice, příspěvková organizace
pracoviště Děčín, Jiřího z Poděbrad 209/19, PSČ 405 02

vedoucí PPP : PhDr. Jarmila Herinková

Obsah této zprávy podléhá ochraně vyplývající ze zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Zpráva bude zaslána rodičům či jiným zákonným zástupcům (dále jen rodičům). Pokud rodiče souhlasí s obsahem doporučujeme, aby zprávu poskytli dalším osobám a institucím, které jsou uvedeny v návěští. Pokud tak neučiní, ohroží dítě v jeho další školní úspěšnosti a osobnostním rozvoji. O postupu zacházení se zprávou i o nebezpečí neposkytnutí informací osobám a institucím uvedených v návěští byli rodiče podrobně poučeni při vstupním rozhovoru vyšetření dítěte.
Tato zpráva je součástí školní matky PPP a bude s ní zacházeno dle příslušných platných předpisů
(Zákon č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě)

**Pedagogicko-psychologická poradna Ústeckého kraje
a Zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků,
Teplice, příspěvková organizace
pracoviště Děčín, Jiřího z Poděbrad 209/19, 405 02**



tel.: 412 532 071

PORADENSKÁ ZPRÁVA		důvěrné!
zpráva určena pro : rodiče /pro ZŠ/		
jméno klienta a datum nar.:		nar.: 13. 5. 2002
bydliště : Děčín 6, Novoměstská 81		
škola, třída : MŠ Školní, Děčín 6		
vyšetřen dne : 10. 6. 2008		
důvod vyšetření : Neklid a nesoustředěnost v MŠ, nepřiměřené reakce ve styku s vrstevníky, slabší výtvarný projev.		
zpráva zpracována ke dni : 11. 8. 2008		

Pedagogicko-psychologická poradna Ústeckého kraje
č.j. 1001/08 - Zpráva pro další vzdělávání pedagogických pracovníků,
Teplice, příspěvková organizace
pracoviště Děčín, Jiřího z Poděbrad 209/19, 405 02

Z vyšetření: Vyš. v PPP dopor. MŠ – zpráva v podkladech. Dle rod. je: Martineček hyperaktivní, u něčeho dl. nevydrží, zlobí, ale je dobrák. Objímá děti, věší se na ně, ublížit nechce. Nadměr. živost od útlého věku, při rychlé mluvě občas zadrhne. V OA chlapce prae-natální riziko. Fyzicky k věku dobře vyspělý, vysoký chlapec, již v úvodním rozhovoru je stále v pohybu /krouť se, poposedává, popotahuje si oblečení apod./, jinak je kontakt s chlapcem bezproblémový – má snahu vyhovět i uspět, je dobře orientovaný ve své životní a sociální realitě, u zápisu „všechno uměl...“, chce do školy. Jeho všeobecné vědomosti jsou dobré – odpovídají požadavkům pro zaškolení, obdobně i pojmová výbava/ zde mírný výv. předstih/. Vyřeči zachycena specifická artikulační neobratnost, v rychlém tempu mluvy občas nedbalá výslovnost s násled. horší srozumitelností některých slov. Je levák, v grafomotorice jsou výrazné znaky oslabení na organické basi /díleč nezralosti při nerovnoměrném zrání CNS/, v celkovém provedení i v kvalitativní složce – při kresbě figury pomocně rotace papírem, silný tlak na hrot, nekvalitní koordinace, postava je vývojově „mladší“, značné obtíže má Martin i při práci s testem schopnosti grafické nápodoby. Do neverbálního myšlení dítěte negativně interferuje neklid, ukvapené reakce bez rozmyslu, při činnosti s vyššími nároky na koncentraci pozornosti se brzy unaví – i při těchto potížích podává ještě středně průměrný výkon. Percepční zkoušky v rámci vyš. školní zralosti byl při únavě s rostoucím neklidem a poklesu výkonové motivace schopen absolvovat jen částečně – jsou signály mírné výv. nezralosti ve sluch. diferenciaci – výsledek již pro postupující únavu nelze ale považovat za validní.

Závěr a doporučení: Martin je zralý pro zaškolení v oblasti mentální výkonnosti – jeho fungování a výkon ve škole však bude zřejmě problematizovat výrazná **ADHD problematika** /viz již obtíže popisované školkou při zápisové ZŠ/. Ve škole je třeba s ním od začátku pracovat jako se žákem se zdravotním postižením takového druhu a stupně, že ho opravňuje k integraci podle § 16, odst. 2 /a dále / Zákona 561/2004 a práci s ním podle individ. vzdělávacího plánu s nárokem na zvýšené normativ / „Podklady k integraci žáků pro školu přikládáme/, S maminkou konzultována možnost navázání spolupráce se zdravotníky /ODP

Obsah této zprávy podléhá ochraně vyplývající ze zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Zpráva bude zaslána rodičům či jiným zákonnými zástupcům (dále jen rodičům). Pokud rodiče souhlasí s obsahem doporučení, aby zprávu poskytli dalším osobám a institucím, které jsou uvedeny v návěsti. Pokud tak neučiní, ohrožují dítě v jeho další školní úspěšnosti a osobnostním rozvoji. O postupu zacházení se zprávou i o nebezpečí neposkytnutí informací osobám a institucím uvedených v návěsti byli rodiče podrobně poučeni při vstupním rozhovoru vyšetření dítěte.
Tato zpráva je součástí školské matriky PPP a bude s ní zacházeno dle příslušných platných předpisů (Zákon č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě)